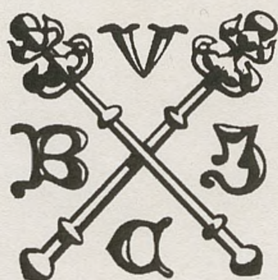





V
B J
C

Domański S.

WYKŁADY

o chorobach

UKŁADU NERWOWEGO

SKREŚLIŁ

Dr. S. DOMAŃSKI
Profesor w Uniwersytecie Jagiellońskim



Zeszyt pierwszy.

O kile *(syphilis)* układu nerwowego.

KRAKÓW.
W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem Ignacego Stelcla.
1881.



Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“.

Słowo wstępne.

Odpowiadając życzeniu z wielu stron objawionemu, by *Przegląd lekarski* korzystając z pomyślnych warunków, w których wychodzi, umieszczał w swych kolumnach od czasu do czasu wykłady o obecnym stanie ważnych działów z medycyny praktycznéj, podjąłem się w mym zakresie obrobienia niektórych kwestyj z newropatologii a oddając dziś pierwszą część méj pracy do rąk Szanownych Kolegów polecam ją Ich pobłażliwemu sądowi.

Domański.

Kiła układu nerwowego.

I.

1. Kiłę, jak wiadomo, koło roku 1494 uznano za osobną chorobę a zdaje się, że już w roku 1497 w dziele Mikołaja Leonicena pewna wzmianka o bólach gwałtownych odnosi się do kiły. W pracach następnie na świat wyszłych Jana Vigo, Ulryka Huttena, Fracastora, Fernela znajdujemy jedynie luźne podania, z których wnosić można, że już w 16tym wieku domyślano się wpływu kiły na układ nerwowy. Dopiero atoli z początku 17go wieku Balloniusz opisał zmianę chorobową, którą według obecnego stanu nauki uważać trzeba za kilak mózgu, i odniósł ją do właściwéj przyczyny. W latach następnych, lubo coraz gorliwiéj zajmowano się kiłą, mało znajdujemy wzmianek odnoszących się do kiły układu nerwowego, tém bardziéj, że powagi takie jak Hunter i Asthley Cooper oświadczyli stanowczo, że nigdy zmian kiłowych w układzie nerwowym a mianowicie w mózgu nie widzieli, i ztąd wnieśli, że mózg kile ulegać nie może. Atoli z postępem patologii i anatomii patologicznéj mnożyło się coraz więcéj postrzeżeń, które dowodziły niewątpliwie, że kiła może nagabywać układ nerwowy. Tak na początku tego wieku opisał Frank dwa przypadki epilepsyi syfilitycznéj a starszy Lagneau podaje wyraźnie, że kiła może być przyczyną wielu zboczeń czynnościowych w układzie nerwowym a nawet chorób umy-

słowych. W latach późniejszych wzmaga się coraz bardziéj piśmiennictwo w kwestyi, o któréj mowa, a główne zasługi na tém polu należą się Ricordowi, Cullerierowi, Zambace, Leonowi Grosowi, Lanceraux, Lagneau młodszemu, Fournierowi we Francyi, Wagnerowi, Virchowowi, Erlenmeyerowi, Heubnerowi w Niemczech, prócz nader licznych i cennych prac wyszłych w Anglii i innych krajach.

II

2. Z samego to oczywiście pojęcia kiły wypada, że kiła układu nerwowego wystąpić może tylko w ustroju kiłą ogólną dotkniętym czyli innemi słowy, że cierpienie układu nerwowego kiłowe jest objawem i skutkiem zakażenia organizmu jadem kiłowym.

Przy zastanowieniu się bliższém nad stósunkiem układu nerwowego do kiły zasługują na uwagę następujące okoliczności.

1) Kiła układu nerwowego jest najczęściéj późnym objawem kiły. Zdaniem Fourniera najwięcéj występuje między 3cim a 18tym rokiem zakażenia a to w tym stósunku rozdzielając się na lata: $^2/_3$ między 3cim a 10tym, $^1/_3$ między 10tym a 18tym rokiem. Spostrzeżenia te odnoszą się tylko do kiły mózgowéj; co do rdzenia pacierzowego i nerwów na obwodzie nie mamy w téj chwili dokładniejszych dat statystycznych. Z datami Fourniera zgadzają się postrzeżenia innych autorów: tak np. podaje Heubner, że w 24 przypadkach zmiany kiłowéj tętnic mózgowych upłynęło od zarażenia się w jednym 9 miesięcy, w jednym 2 lata, w 15tu od 3 do 20 lat.

W ogólności zatém kiła układu nerwowego jest rzeczywiście najczęściéj późnym objawem kiły, od czego atoli nierzadkie są wyjątki. Jest nawet bardzo podobném do prawdy, że różne mianowicie pod względem anatomicznym formy cierpienia układu nerwowego pojawiają się w różnych okresach choroby; pod tym atoli względem niedostateczne jeszcze

mamy skazówki, tém więcéj, że badanie anatomiczne we wczesnych okresach choroby nader rzadko jest możebne.

2) Ponieważ kiłowe zboczenia w układzie nerwowym występują najczęściéj dopiero późno a, jak o tém w dalszym ciągu niniejszego powiemy obszerniéj, nieraz są ciężkie i albo same przez się albo przez swe następstwa zakończają życie, spodziewaćby należało, że je zazwyczaj poprzedzają liczne zmiany właściwe w innych organach, i że zboczenia nerwowe ukazują się głównie w tych ciężkich przypadkach, w których kiła od samego początku występuje groźnie i złośliwie. Otóż pod tym względem na szczególniejszą uwagę zasługiwałaby okoliczność, jeżeli się ostatecznie sprawdzi na wielkich datach statystycznych, że kiła w układzie nerwowym występuje przeważnie tam, gdzie pierwotne lub w ogóle wcześniejsze przypady i objawy zakażenia były nieznaczne lub przynajmniéj lekkie. Zdanie to wypowiedziane wyraźnie przez Broadbenta popiera Fournier datami odnoszącemi się do 47 przypadków kiły mózgowéj: jakoż w dwóch występowały poprzednio objawy bardzo ciężkie, w jednym dosyć ciężkie, w 30tu zwyczajne czyli średnie tak co do ilości jak i co do stopnia, w 14 nakoniec bardzo lekkie czyli tak nieznaczne, że łatwo mogły ujść uwadze, a nawet że je można było bez leczenia zostawić własnemu, pomyślnemu przebiegowi. Z tą statystyką zgadzają się także najzupełniéj moje postrzeżenia tak w praktyce prywatnéj jak i na materyjale szpitalnym dla mnie dostępnym. Że ta okoliczność miałaby nader wielkie znaczenie pod względem klinicznym, nikt nie zaprzeczy; zwrócimy téż na nią i jeszcze później uwągę. Mimo atoli téj wymowności cyfer oświadcza Fournier i to słusznie, że przecież na podstawie obecnych dat statystycznych nie można twierdzić, że przypadki z lekkiemi objawami wczesnemi usposobione są szczególniéj do kiły układu nerwowego, ale raczéj 1) że tak kiła ciężka jak i lekka może prowadzić do zmian właściwych w układzie nerwowym, 2) że dobrotliwość i lekkość przypadów wcześniejszych nie zabezpiecza wcale od ciężkich przypadów w układzie nerwowym i 3) nakoniec, że

zdaje się, że przypadki we wcześniejszych okresach lekkie łatwiéj niż przeciwne łączą się ze zmianami właściwemi w układzie nerwowym. Jeżeli ta okoliczność potwierdzi się ostatecznie, trzeba będzie dochodzić jéj przyczyny; dziś byłoby zawcześnie tworzyć przypuszczenia, które może wkrótce przyszłoby porzucić.

3. Przyczyny uspasabiające, jak się zdaje, mają pewne znaczenie dla kiły układu nerwowego. Pod tym względem następujące czynniki zasługują na uwagę:

a) Najczęściéj nie można wykryć żadnéj przyczyny, dla któréj w danym przypadku nagabnęła kiła układ nerwowy.

b) W innych razach, które stanowią mniejszość, znajdujemy warunki, które na podstawie dat statystycznych trzeba wprowadzić w bliższy związek z cierpieniem kiłowém układu nerwowego a temi warunkami są: usposobienie newropatyczne w najogólniejszém tego wyrazu znaczeniu, szkodliwe dla układu nerwowego wpływy patologiczne lub fizyjologiczne, urazy.

Usposobieniem newropatyczném zowiemy, jak zkądinąd wiadomo, pewną, że tak powiemy, słabowitość układu nerwowego, anatomicznie dotąd niezbadaną, którą indywidua dotknięte objawiają skłonność do rozmaitych cierpień przerzeczonego układu. Zazwyczaj usposobienie to jest dziedziczne przenosząc się z ojców na synów a z matek na córki, rzedziéj z ojców na córki lub z matek na synów. Objawia się ono nie tylko niezwykłą wrażliwością ale także chorobliwością układu nerwowego w ten sposób, iż w pokoleniach po sobie następujących ukazują się rozmaite choroby nerwowe. Tak np. oddawna wiemy, że z matek histeryczek rodzą się córki, u których wcześniéj lub późniéj występuje histeryja lub inne nerwice, z ojców cierpiących na choroby dziedziczne lub nabyte układu nerwowego synowie zapadają na epilepsyję, ból głowy połowiczy, cierpienia umysłowe. Ponieważ dzieci z takich rodziców spłodzone zwykle nie rodzą się z temi chorobami, lecz im tylko wcześniéj lub późniéj dopiero w życiu podlegają, zdaje się, że to usposobie-

nie newropatyczne pochodzi, jak się Anstie domyśla, z niezupełnego wykształcenia układu nerwowego, z pewnego, że się tak wyrazimy, pozostania jego w jakimś okresie życia płodowego, przez co taki układ nerwowy znajduje się jakoby w chwiejnéj równowadze i przy nieznacznéj nawet sposobności podlega rozmaitym chorobom stanowiąc prawdziwy *locus minoris resistentiae.*

Otóż wiadomo to oddawna z codziennego doświadczenia, że kiła nagabuje przedewszystkiém miejsca zmniejszonéj odporności w ustroju, na co przed laty Paracelsus a w nowszych czasach Virchow zwrócili uwagę. Wiadomo np. jaki mają wpływ utrzymanie czystości, fizyjologiczne fałdy na skórę, palenie tytoniu na jamę ustną pod względem rozwijania się na nich zmian syfilitycznych. Zdaje się, że coś podobnego dzieje się także w układzie nerwowym; jeżeli w nim z jakiegokolwiek powodu odziedziczonego lub nabytego znajduje się miejsce *minoris resistentiae,* wtedy kiła jakby z upodobania wywołuje w nim zmianę swoistą.

W usposobieniu newropatyczném, jak już samo miano wskazuje, układ nerwowy jest przeto pod względen kiły *locus minoris resistentiae.* Nic więc według ogólnego prawa nie ma w tém nadzwyczajnego, że u ludzi z usposobieniem przerzeczoném kiła łatwiéj i częściéj niż u innych nagabuje układ nerwowy, na co Griesinger głównie zwrócił uwagę.

Co do innych wpływów, to z fizyjologicznych wymienić należy rozmaite wpływy psychiczne, jak np. zbyteczną pracę umysłową lub fizyczne jak nadużycie napojów wyskokowych i popędu płciowego. Lanceraux już dawniéj zauważył, że kiła mózgowa nagabuje przed innymi ludzi wykształconych, umysłowo pracujących. Potwierdza to Heubner. Na podstawie moich spostrzeżeń zgodziłbym się na to zupełnie. Pomijam już całkiem tę okoliczność, że w oddziale chorób wenerycznych krakowskiego szpitala ogólnego, jak mi to sam kol. Dr. Zarewicz podaje, od lat 8miu obserwowano tylko 4 przypadki kiły układu nerwowego, bo przyczyną tego mogłaby być okoliczność już poprzednio w niniejszém wspomniona, że kiła układu nerwowego wy-

stępuje przeważnie w przypadkach lżejszych na pozór a zatém nie powikłanych ze znaczniejszemi zmianami w innych organach osobliwie w kościach i skórze, które najłatwiéj kwalifikują do przyjęcia do oddziału chorób wenerycznych; że chorzy kiłą układu nerwowego dotknięci dostają się najczęściéj do zakładów dla chorób umysłowych lub oddziałów chorób wewnętrznych, ale i w tym ostatnim bardzo mało jest stósunkowo przypadków kiły przerzeczonego układu. Mogłoby to zostawać w związku z tą okolicznością, że ludzie ubożsi, z których bardzo przeważnie rekrutują się chorzy szpitalni, mniéj mają wykształcenia, mniéj pracują umysłowo, mniéj zatém nadużywają mózgu, gdy u ludzi zamożniejszych, którzy szukają tylko wyjątkowo pomocy w szpitalu, i wykształcenie wyższe i praca mózgowa większa. Jak wiadomo z fizyjologii, mózg w chwili swéj czynności zawiera w sobie więcéj krwi niż podczas spokoju, czyli innemi słowy podczas czynności popada w przekrwienie mierne tak zwane czynnościowe. To przekrwienie powtarzając się za często nabiera znaczenia patologicznego, jak tego dowodzi etyjologija chorób umysłowych a nieraz także podupadnięcie odżywiania całego organizmu u ludzi pracujących umysłowo ze zbytniém natężeniem. Fournier wyraźnie oświadcza, że ludzie oddani pracy umysłowéj, literaci, profesorowie, adwokaci, lekarze często stósunkowo podlegają kile mózgu.

Zdaje się, że także i wzruszenia umysłowe mają znaczenie dla powstawania kiły mózgowéj. Fournier przywodzi trzy przypadki, w których objawy kiły mózgowéj ukazały się bezpośrednio po wstrząśnieniach umysłowych skutkiem oblężenia Paryża i teroryzmu komunistów.

Nadużycia płciowe, jako połączone także z nadmierném zaprzątnieniem czynności układu nerwowego, mają również mieć znaczenie. Fournier przywodzi cztery przypadki, w których objawy właściwe rozpoczęły się po znacznych wybrykach płciowych, i uznaje, że ta okoliczność ma znaczenie nie tylko dla powstawania ale nawet i dla powrotu zniknych już objawów, jakby tego dowodził przypadek u młodego człowieka, który przebywszy dawniéj kiłę mózgową

wkrótce po ożenieniu się i nadużywaniu popędu płciowego dostał na nowo mocnych przypadów kiły mózgowéj, którym uległ.

Mimo tego wszelkie czynniki mogące prowadzić do nadmiernéj i nieregularnéj czynności układu nerwowego uważamy dotąd tylko za pomocnicze dla kiły tegoż układu i zostawiamy przyszłości dokładne ocenienie stanowiska etyjologicznego na tém polu.

Co się tyczy urazów, znajdujemy w piśmiennictwie kilka tylko przypadków, w których po obrażeniach czaszki wystąpiły objawy kiły mózgu.

4) Wiek nie ma wpływu na objawy kiły, o któréj mowa. Tyle pewna, że między 30. a 40. rokiem życia najwięcéj stósunkowo widzi się przypadków. Pochodzi to po prostu ztąd, że najczęściéj dostaje się kiły między 18 a 25 rokiem życia; jeżeli do tego doliczymy lata, po których najczęściéj występuje kiła w układzie nerwowym, to łatwo pojmiemy, że nie dyspozycyja lecz nasze stósunki socyjalne są przyczyną występowania kiły układu nerwowego w pewnych latach częściéj niż w innych. Zresztą nawet u dzieci może przyjść do kiły układu nerwowego, jeżeli np. cierpią na kiłę dziedziczną.

5) Zdaje się, że płeć o tyle tylko ma znaczenie, o ile jak wiadomo kobiety rzedziéj dostają kiły niż mężczyźni. Z moich własnych postrzeżeń wypadałoby atoli, że kiła układu nerwowego jest rzeczywiście u kobiet rzedszą, niż to odpowiada w ogólności występowaniu u nich kiły czyli że kobiety kiłą dotknięte mniéj mają skłonności do kiły układu nerwowego niż mężczyźni. Zdaniem autorów francuskich kiła rdzenia pacierzowego ma być u kobiet nader rzadką.

6) Budowa i odżywianie ciała nie mają mieć żadnego znaczenia. Uderzało mnie atoli, iż między chorymi przeważali ludzie tędzy, dobrze odżywiani, niedokrewności nie okazujący. Zostawaćby to mogło w związku z wieloma okolicznościami: brakiem charłactwa kiłowego, wiekiem, w którym organizm męzki jest najsilniejszy i lepszém żywieniem się ludzi wykształconych i zamożniejszych.

III.

3. Anatomii patologicznéj kiły układu nerwowego całkowicie jeszcze nie opracowano; to, co dotychczas wiemy, da się streścić jak następuje:

1) Są przypadki wprawdzie rzadkie, w których badanie anatomiczne nie wykrywa zmian żadnych albo tylko takie, które nie mają szczególniejszego znaczenia i przypadków za życia postrzeganych wcale nie tłumaczą. Po dokładném przejrzeniu odnoszących się do nich historyj chorób sądzi Heubner, że są to przypadki okazujące wiele podobieństwa do niedołęztwa umysłowego z porażeniem (*dementia paralytica*), w którém dopiero nowszemi sposobami wykryto pewne zmiany anatomiczne. Toż samo powiedziećby można o ostrém porażeniu dośrodkowém (*paralysis ascendens acuta*), jeżeli rzeczywiście polega na kile. Wątpić zresztą nie można, że przypadki kiły układu nerwowego bez zmian anatomicznych wykazać się dających będą coraz rzedsze.

2) Najczęściéj znajdujemy wyraźne zmiany, które nagabują układ nerwowy wprost albo przenoszą się nań z części sąsiednich, osobliwie kości.

Pierwsze występują albo w substancyi nerwowéj albo w częściach innego rodzaju do niéj należących, tj. naczyniach i oponach a pod względem swego stósunku do kiły są dwojakie: swoiste czyli bezpośrednie, tj. wprost przez kiłę wywołane i następowe czyli pośrednie, które są skutkiem pierwszych.

Tak np. kilak jest swoistą, bezpośrednią zmianą kiłową a ucisk przezeń wywarty na pewne nerwy i wynikłe ztąd skutki są zmianami następowemi, prostemi, które w sobie nie mają nic dla kiły charakterystycznego, bo takież same skutki mogą powstać przez ucisk każdego innego guza. Rozróżnienie to, jak późniéj zobaczymy, pod względem klinicznym nader wielkiej jest wagi.

Nakoniec pamiętać należy, że jakkolwiek różne są objawy kiły układu nerwowego, zmiana anatomiczna przecież syfilityczna w układzie nerwowym nie ma w sobie nic

szczególnego, wyłącznie temu układowi właściwego, czyli innemi słowy: zmiany syfilityczne w układzie nerwowym są też same, jakie spotykamy gdzieindziéj, i przedstawiają tylko takie różnice, jakie pochodzą z osobnych warunków w układzie nerwowym.

Zmiany te w układzie nerwowym polegają na bujaniu nieprawidłowém komórek, z których powstają nacieki mniéj lub więcéj ograniczone albo rozlane. Z nacieków tych powstają stwardnienia *(scleroses)* lub kilaki *(gummata)*: stwardnienia wtedy, gdy komórki zachowując swoją żywotność mnożą się i tworzą pewien rodzaj tkaniny wśród pierwocin danemu miejscu właściwych, która potém tężejąc z jednéj strony prowadzi do powstania substancyi mało podatnéj, włóknistéj, z drugiéj do ucisku części wśród niéj zawartych i dalszych ztąd skutków, jak zaniku całkowitego lub częściowego pierwocin prawidłowych. Kilaki zaś powstają wtedy, gdy komórki wybujałe nie mając dostatecznéj żywotności prędzéj lub późniéj obumierają i tworzą masę sérowatą, szarą, żółtawą lub czerwono-szarą, w wielu razach nader podobną do gruzełka, od którego zdaniem niektórych nowszych badaczy nie można jéj w wielu przypadkach na pewne roz, różnić, odkąd przekonano się, że ani gruźlica ani kiła nie sprowadzają osobnych zmian anatomicznych im tylko właściwych, i że z téj przyczyny nieraz rozróżnienie jest możebne tylko na podstawie etyjologii, na co mianowicie Cohnheim dla gruźlicy w ostatnich czasach szczególniejszy położył nacisk.

Trzymając się tego ogólnego poglądu na zmiany anatomiczne przez kiłę w układzie nerwowym wywołane łatwo przyjdzie pojąć to, co dotychczasowe badania wykryły na tém polu.

Pod względem miejsca dzielimy zmiany kiłowe w układzie nerwowym na zmiany w mózgu, zmiany w rdzeniu pacierzowym i zmiany w nerwach na obwodzie.

4. Co do mózgu następujące okoliczności zasługują na uwagę:

Naprzód zmiana kiłowa nie nagabuje nigdy całego mózgu, lecz zawsze tylko jego części i ani cała substancyja nerwowa ze swém podścieliskiem, ani całe opony, ani cały układ naczynny w mózgu nie ulegają zmianie kiłowéj, lecz tylko znów ich oddziały.

Daléj również godném jest uwagi, że prawie zawsze zmiana anatomiczna występuje nie w jedném, lecz kilku ogniskach pierwotnie lub następowo, i że te ogniska prawie nigdy nie zajmują miejsc symetrycznych w mózgu.

Wszystko to pod względem klinicznym ma bardzo wielkie znaczenie, do którego późniéj jeszcze wrócimy.

Dla lepszego zrozumienia rzeczy zajmiemy się zmianami anatomicznemi naprzód w oponach, następnie naczyniach, nakoniec w substancyi nerwowéj mózgu.

5. Zmiany kiłowe w oponach polegają tak samo, jak późne zmiany w różnych innych organach na bujaniu naprzód komórek a następnie ich twardnieniu lub przemienianiu się w kilaki, z czego powstaje, rzec można, zapalenie opon ze stwardnieniem i zapalenie opon z utworzeniem kilaków.

Najczęstszém jest zapalenie ze stwardnieniem, przezco powstają zgrubienia, dochodzące do kilkokrotnego powiększenia pierwotnych wymiarów. Jeżeli zgrubienie jest ograniczone, nabiera nieraz podobieństwa do małych guzów. Skutkiem konsolidacyi tkaniny świeżo utworzonéj nabiera opona barwy białawéj, wejrzenia włóknistego, nawet ścięgnistego. Zgrubienie takie jest zazwyczaj miejscowe, nieraz po wielu ogniskach rozsiane, rzadko bardzo rozległe. Każda z opon może dać początek takiemu zgrubieniu, które atoli powiększając się przechodzi nareszcie z jednych opon mózgowych na drugie i tworzy z nich masę jednolitą, któréj początek zazwyczaj nie daje się wyśledzić, i która ostatecznie prowadzi do zrośnięcia się opon ze sobą lub z mózgiem. Tym sposobem powstaje warstwa tęga, która lubo kile nie jest wyłącznie właściwą, przecież ma nader wielkie znaczenie dla objawów kiły mózgowéj.

Zapalenia opon kilakowe są wprawdzie dosyć częste, jednak o wiele rzedsze, niż zapalenia ze stwardnieniem; występują albo samodzielnie albo łączą się z formą poprzednią. Siedzibą ich jest najczęściéj twardówka, rzedziéj naczyniówka, bardzo rzadko pajęczówka. Z początku można oznaczyć pierwotne miejsce zapalenia; późniéj, gdy zmiana chorobowa zajmuje wszystkie opony, niepodobna dojść, zkąd wyszła pierwotnie.

Zapalenie kilakowe występuje albo w formie rozlanéj tworząc kępki (*plaques*) płaskie, sérowate, żółtawe, rozległości od kilku milimetrów do kilku centymetrów kwadratowych i ma podobieństwo do ropy jakoby zsiadłéj na zwojach lub oponach albo tworząc obrzmienia ograniczone, jak kilaki w innych organach.

Rozmiary tych obrzmień są rozmaite: od wielkości soczewicy do wielkości orzecha laskowego, włoskiego, nawet niekiedy jaja kurzego. Takie kilaki wielkie znajdują się zwykle na podstawie mózgu koło skrzyżowania nerwów wzrokowych. Zazwyczaj bywa ich więcéj niż jeden. Lubo kilaki być mogą w każdém miejscu opon, najczęściéj atoli znajdujemy je na półkulach i na podstawie mózgu, szczególniéj koło siodła tureckiego.

Zapalenie opon jednego i drugiego rodzaju ma nader wielkie znaczenie kliniczne z jednéj strony, ponieważ jest bardzo częste, z drugiéj ponieważ wywiera szkodliwy wpływ na części sąsiednie: nerwy, naczynia i samęż substancyję mózgową.

Wiadomy jest bliski stósunek nerwów wychodzących z czaszki do opon: jeżeli te ulegają przerzeczonym zmianom chorobowym, łatwo przyjść może i rzeczywiście przychodzi do ucisku odpowiednich nerwów, czego następstwem będzie z początku utrudnienie lub zniesienie właściwéj im czynności fizyjologicznéj a późniéj i zmiana anatomiczna, mianowicie zanik; skutkiem jednego i drugiego będą porażenia nerwów wychodzących z czaszki, porażenia, które, jak późniéj zobaczymy, są ważnemi przypadami kiły mózgowéj.

Na mózg zmiany opisane wpływają raz przez to, że przy ścisłym związku opon z mózgiem zmiany anatomiczne

pierwszych zajmują z czasem samęż substancyję mózgową, powtóre, że powstają zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu. Jak wiadomo, zwoje mózgowe odżywiają się krwią z naczyń przechodzących z naczyniówki do mózgu. Jeżeli ta więc ulegnie zmianom chorobowym, łatwo przyjdzie do ciśnienia, zwężenia, nieraz nawet zupełnego zatkania naczyń, przezco krążenie krwi może być upośledzone a nawet zupełnie wstrzymane a rezultatem tego będzie zmiana w odżywianiu substancyi osobliwie szaréj, któréj naczynia są bardzo drobne, zmiana, jak łatwo pojąć, nader wielkiego znaczenia.

6. Zmiany w naczyniach są dwojakie: następowe i pierwotne:

Następowe są skutkiem zmian przez kiłę wywołanych w częściach sąsiednich w ten sposób, że z nich zmiana chorobowa przenosi się na naczynia, albo że je po prostu uciska. O skutkach ucisku na naczynia wspomnieliśmy właśnie. Jest także rzeczą bardzo podobną do prawdy, że naczynia są niekiedy jakoby przewodnikami, po których zmiany kiłowe dostają się do głębszych części mózgu, jeżeli raz pojawiły się na jego powierzchni Zmiany, o których mowa, dotyczą głównie tętnic, rzadko żył, jak tego Virchow opisał jeden przypadek, w którym przyszło do zakrzepu w zatoce poprzecznéj skutkiem ucisku ze strony zapalonéj twardówki.

Zmiany pierwotne rozwijają się samodzielnie w ścianach naczynnych pod wpływem zakażenia kiłowego i nie różnią się niczém od wytworów kiły w innych organach, polegając na bujaniu komórek, które rychléj lub późniéj prowadzi do stwardnienia lub kilaka.

Zapalenie tętnic ze stwardnieniem rozwija się najczęściéj w ten sposób, że między błoną okienkową a przybłonkiem tętnicy powstaje prawdopodobnie z białych ciałek krwi, które tamże dostały się z naczyń odżywczych, tkanka z komórek gwiaździstych i wrzecionowatych. Tkanka ta powiększa się w dwóch kierunkach: wzdłuż i w poprzek naczynia; w poprzek naczynia tak, że ów naciek opisany mając z początku kształt półksiężyca obejmującego pewną tylko

część naczynia powoli szerzy się naokoło naczynia a ponieważ rośnie i dośrodkowo, tém samém naczynie to zwęża. Szerząc się w kierunku naczynia zmiana ta zajmuje coraz dalsze jego części a nawet nagabuje naczynia sąsiednie i nabiera coraz większego znaczenia. Tkanka nowa w ten sposób raz powstała tężeje coraz bardziéj, z miękkiéj i wiotkiéj staje się twardą i niepodatną, kurczy się, co jeszcze bardziéj przyczynia się do zwężenia naczyń.

Makroskopijnie naczynia tak zmienione mają ściany w pewnéj części lub całym obwodzie zgrubiałe, z kępkami rozmaitéj wielkości z naciekłych a następnie przeobrażonych komórek, są twarde, niepodatne i z podłużnego nabierają okrągłego przecięcia.

Kilaki w samych ścianach naczynnych czyli zapalenia kilakowe tętnic są o wiele rzedsze, niż zmiany właśnie opisane. Kilaki takie przedstawiają się jako nacieki żółtawe w ścianach naczynnych w postaci bądź blaszek bądź ziarn okrągłych rozmaitéj wielkości.

7. Na tém miejscu wypada zastanowić się nieco dokładniéj nad znaczeniem opisanych zmian w tętnicach, przyczém pozwolimy sobie przywieść na pamięć niektóre daty z anatomii i fizyjologii.

Przerzeczone zmiany występują wyłącznie w tętnicach a łatwo pojąć, że zwężenie tętnic prowadzi do utrudnienia obiegu krwi tak dla tego, ponieważ w naczyniu zwężoném opór dla prądu krwi jest powiększony, jak i dla tego, ponieważ przez utratę podatności i sprężystości naczynia odpada ważny dla regulacyi prądu czynnik. Jeżeli zwężenie wysokiego jest stopnia, przyjść może do zupełnéj obliteracyi naczynia, które przemienia się powoli w twarde pasmo ścięgniste, a tém samém do utraty jego funkcyi i do zakrzepu krwi.

Przerwanie krążenia krwi w pewném naczyniu bądź w jeden, bądź w drugi sposób, nie może pozostać bez dalszych następstw dla substancyi nerwowéj, która, jak jest czułą nawet na sam rodzaj krwi: żylnéj lub tętniczéj, żywo odpowiada na niedostateczny lub wcale wstrzymany dopływ tego koniecznego dla niéj materyjału odżywczego,

Ażeby zrozumieć dobrze następstwa zmian kiłowych w tętnicach, wypada nam zboczyć na chwilę i zatrzymać się nad stósunkiem tętnic do substancyi mózgowéj.

Poszukiwania Heubnera wykazały, że pod względem stósunku drobnych tętnic do mózgu dwa w tym organie odróżnić należy od siebie okręgi: podstawowy i korowy. W okręgu podstawowym, do którego należy substancyja biała na podstawie mózgu i zwoje stanowiące komórki, mamy tętnice końcowe tj. tętnice o średnicy mniéj niż $1/2$ mm. wynoszącéj, które wchodzą w kierunku prostopadłym do mózgu, rozgałęziają się w nim, ale nie łącząc z naczyniami sąsiedniemi przechodzą w naczynia włosowate a następnie żyły. W okręgu korowym dzieje się inaczéj: tętnice dla substancyi szaréj na powierzchni mózgu przeznaczone biegną w naczyniówce, rozdzielają się w niéj na coraz drobniejsze naczynia, które łączą się z naczyniami sąsiedniemi i tworzą sieć, z któréj dopiero wychodzą naczynia już włosowate w kierunku prostopadłym do mózgu.

Z tych stósunków anatomicznych wywodzą się różne dla mózgu następstwa zmian kiłowych w tętnicach; i tak jeżeli zmiana ta dotyka okręgu podstawowego, wtedy bardzo łatwo przyjść może do wszelkich skutków niedostatecznego lub całkowicie wstrzymanego dopływu krwi, które krążeniem oboczném wyrównać się nie może, jedném słowem do zmian w ogólności ciężkich, nierzadko stałych. Zupełnie przeciwnie dzieje się w okręgu korowym; i tam mózg jest czuły na krążenie krwi tętniczéj, ale wstrzymanie jéj dopływu przez jednę tętnicę może sprowadzić tylko chwilowy brak, bo wkrótce reguluje się obieg krwi oboczny przez sąsiednie tętnice i wszystko wrócić może do prawidła.

Nad ważnemi temi stósunkami zastanowimy się jeszcze późniéj; tu tylko dodać wypada, że ostatniemi czasy zaczęto zaprzeczać znaczenia swoistego opisanych zmian w tętnicach, co zresztą dla krążenia krwi jest obojętném.

8. Co do mózgu, musimy przedewszystkiém powtórzyć to, o czém jużeśmy nieraz wspomnieli, że w nim zmiany, o których mowa, w ogólności nie różnią się niczém od zmian ki-

łowych w innych organach. Tak samo też możemy je podzielić na stwardnienia i kilaki.

Stwardnienie kiłowe polega naprzód na bujaniu komórek, które mnożą się a następnie ściągają, ściskają i przyprowadzają do zaniku położone między niemi pierwociny nerwowe. Dla tego też miejsca takie przedstawiają konsystencyję od prawidłowéj znacznie większą, którąby najłatwiéj można porównać z twardością wątroby. Barwa ich w ogólności jest ciemniejsza od miąższu prawidłowego i przedstawia rozmaite przejścia od jasno szarawéj do żółtawéj i różowawéj. Że to stwardnienie jest następstwem tężenia tkaniny nowo utworzonéj, wątpliwości nie ulega, a z postrzeżeń w niektórych przypadkach, które rychło zakończyły się śmiercią, wnosić można, iż w pierwszych okresach życia tych świeżo powstałych komórek miejsca późniéj stwardniałe okazują konsystencyję od prawidłowéj nawet mniejszą.

Stwardnienie, o którém mowa, jest zazwyczaj rozlane i zawsze częściowe, chociaż niekiedy rozległe.

Rzedziéj tworzą się stwardnienia w większéj liczbie rozsiane po rozmaitych miejscach mózgu.

Kilak mózgu stanowi naciek rozlany lub guz ściśle ograniczony; w pierwszym razie przedstawia niejakie podobieństwo do zgęszczonéj ropy, w któréj badanie wykazuje nieraz zdrowe zupełnie pierwociny nerwowe; w drugim guz jest prawdziwym kilakiem, który w ogólności nie różni się niczém od kilaków w organach wewnętrznych tworząc obrzmienie rozmaitéj wielkości: od orzecha do jaja kurzego, twarde, na przekroju w obwodzie szare lub żółtawo różowe, w środku żółtsze (z powodu zmiany sérowatéj), rozmaitych kształtów, nierzadko do danego miejsca zastósowanych. Zazwyczaj kilak otoczony jest substancyją nerwową zapaloną, stwardniałą, która do pewnego stopnia stanowi jakoby jego osłonę. Liczba kilaków w mózgu jest najczęściéj ograniczona nie przechodząc prawie nigdy liczby pięciu, nierzadko znajduje się tylko jeden. Kilaki znajdują się wszystkie blizko siebie albo są rozrzucone po rozmaitych miejscach mózgu. Jakoż znaleziono je już prawie we wszystkich okolicach,

w jednych atoli częściéj, w drugich bez porównania rzadziéj. Najczęściéj trafiają się w półkulach mózgowych, przedewszystkiém blizko ich powierzchni i substancyi korowéj. Zdaniem Fourniera $^3/_4$ wszystkich kilaków w mózgu znajduje się na powierzchni tego organu a według Heubnera wątpliwą jest rzeczą, czy kilaki trafiają się w głębi mózgu tak, by nie zostawały w związku z oponami. Daléj wykazały badania statystyczne, że kilaki są częstsze w przednich niż tylnych częściach, częstsze na podstawie a mianowicie w jéj środku koło siodła tureckiego, niż w innych okolicach mózgu.

Pod względem przebiegu, o ile sądzić można z obserwacyj klinicznych, kilaki w mózgu rozwijają się nader powoli potrzebując do tego wielu miesięcy a rozwinąwszy się raz zostać mogą długo w jednym stanie lub uledz dalszym zmianom a temi są:

Pod wpływem odpowiedniego leczenia mogą uledz przemianie wstecznéj i całkowitemu wessaniu tak, że albo z nich nie pozostaje ślad żaden albo tylko nieznaczne blizny w postaci zagłębień na powierzchni mózgu, pasemek żółtawych itp.

Kilaki zostawione samym sobie lub opierające się leczeniu ulegają takim samym przemianom, co i w innych organach wewnętrznych: miękną i przechodzą w płyn złożony prócz cieczy z komórek zwyrodniałych i kryształków cholesterynu. Co się z niemi następnie dzieje, niewiadomo na pewne; prawdopodobnie dają początek torbielom, które już nieraz widziano u kiłowych.

9. Rozpoznanie anatomiczne nieraz łatwe czasem jest tak trudne, że jedynie dokładne bardzo badanie mikroskopowe dać nam może niejaką pewność a i tak jeszcze można nie wiedzieć, czy guz dany odnieść należy do gruźlicy lub do kiły. Jeżeli się sprawdzi twierdzenie Cohnheima, że o naturze gruźliczéj danego tworu chorobowego rozstrzyga tylko etyjologija a ostatecznie możność przeniesienia, tj. zaraźliwość czyli wywoływanie przez odpowiednie szczepienie gruźlicy, to nic dziwnego, iż w wielu razach trudno odróżnić gruzełki od kilaka w mózgu, gdzie, jak już Virchow

dawniéj oświadczył, te dwa twory, pod [względem etyjologicznym tak różne, pod względem anatomicznym nawet mikroskopijnym są przecież do siebie podobne. Mimo tego następujące okoliczności mogą zdaniem Fourniera posłużyć do rozpoznania:

Kilak trafia się, jakeśmy już powiedzieli, najczęściéj blisko powierzchni mózgu, gdy gruzełek wyszukuje sobie zwykle części mózgu głębsze.

Kilak stósuje się do danego miejsca i dlatego nie jest tak regularny i okrągły jak gruzełek.

Kilak otoczony jest jakoby torebką z tkaniny stwardniałéj, włóknistéj, gdy gruzełek przeciwnie zostaje w bezpośrednim związku ze substancyją nerwową.

Kilak sérowacieje przeważnie miejscowo i głównie w samym środku, gdy gruzełek sérowacieje prawie w całéj swéj objętości. Wreszcie gruzełek trafia się u osób młodych cierpiących na gruczoły limf. lub zmiany gruźlicze w innych organach, przeważnie pojawia się w móżdżku, gdy kilak występuje w wieku o wiele późniejszym obok innych zmian kiłowych czyto w mózgu czy w innych organach.

10. Z ogólnych to już zasad patologii wypada, że mózg nie może pozostać obojętnym ani względem kilaków ani względem opisanych zmian w tętnicach czyli innemi słowy: oddziaływa na zboczenia anatomiczne kiłowe w sposób zwykły, tj. podlega następstwom będącym wprawdzie skutkiem zmian anatomicznych kiłowych, ale nie mających w sobie nic kile właściwego.

Zboczenia te są dwojakie: zapalne i ischemiczne. Zmiana anatomiczna kiłowa w mózgu gra oczywiście do pewnego stopnia rolę ciała obcego dla substancyi nerwowéj, która oddziaływać nań będzie zapaleniem. Do zmian téż zapalnych policzyć należy ową osłonę kilaków, o któréj wspomnieliśmy poprzednio. Ponieważ zaś kilaki pojawiają się w mózgu najczęściéj blisko powierzchni a tém samém w sąsiedztwie opon, łatwo przeto pojąć, że tym sposobem powstają ograniczone zapalenia opon tudzież takież zapalenia mózgu. Zapalenia te oczywiście rozwijają się powoli, jak

powoli rozwija się ich przyczyna, ograniczając się zwykle do sąsiedztwa najbliższego zmian kiłowych. Do wyjątków téż policzyć należy zapalenie rozleglejsze i ostre, z których jeden opisał Gamel. W tym przypadku chory syfilityczny dostał wszelkich objawów zapalenia mózgu i opon i wśród szybkiego przebiegu choroby umarł w dniu jéj 9tym a sekcyja wykazała kilak wielkości orzecha w rogu czołowym prawéj komórki obok rozległego zapalenia opon.

O wiele ważniejszemi są zmiany będące skutkiem niedostatecznego lub wcale wstrzymanego dopływu krwi z przyczyny tkwiącéj pierwotnie lub następowo w naczyniach, jakeśmy to poprzednio wykazali. Jeżeli dopływ krwi w ten czy ów sposób zostanie upośledzonym lub wstrzymanym, pierwszém będzie tego następstwem utrata funkcyi odpowiedniéj części czyli zboczenie z początku tylko czynnościowe. Jeżeli to zboczenie w krążeniu trwa dłużéj lub wysokiego dosięga stopnia, przychodzi do zboczenia w odżywieniu, po prostu do jego przerwy a przez to miejscowéj zgorzeli, która w mózgu objawia się rozmiękczeniem. Zdaje się, że jeżeli krążenie ustawało powoli, przychodzi do rozmiękczenia białego, jeżeli prędko, do rozmiękczenia czerwonego.

Rozmiękczenie czerwone tłumaczy się według Cohnheima w ten sposób, że w razie nagłego zatamowania przypływu krwi naczynia tętnicze pozbawione materyjału odżywczego przez właściwe naczynia do nich dopływającego ulegają zboczeniom w odżywianiu z jednéj strony, z drugiéj zaś przy nagłém zmniejszeniu ciśnienia przez przeszkodę w krążeniu krew żylna dostaje się w odwrotnym kierunku przez naczynia włosowate do tętnicy zatkanéj i przepuszczona ze swemi ciałkami do miąższu nadaje obumarłéj tkaninie nerwowéj to właśnie zabarwienie czerwone, od którego pochodzi miano rozmiękczenia czerwonego. Rozmiękczenie białe jest po prostu czystą zgorzelą substancyi mózgowéj bez domieszki innych części.

Rozległość i miejsce rozmiękczenia tłumaczą się ze stósunków anatomicznych naczyń w mózgu, o czém jużeśmy poprzednio wspomnieli. Powiedzieliśmy mianowicie, iż kiło-

wym zmianom ulegają przeważnie tętnice na podstawie mózgu; łatwo zatém pojąć, iż rozmiękczenia trafiać się muszą przedewszystkiém w częściach zaopatrywanych przez te naczynia, mianowicie zatém w wielkich zwojach mózgowych, jak np. ciałku prążkowaném, wzgórku wzrokowym, do czego w nader wysokim stopniu przyczynia się także i ta okoliczność, że w okręgu podstawowym mózgu mamy tętnice końcowe tak, iż zmiana kiłowa małego nawet naczynia prowadzić musi do rozmiękczenia z powodu niemożności wytworzenia się krążenia obocznego. W okręgu korowym z powodu systemu anastomotycznego tętnic i rzedszego występowania w nich zmian kiłowych nie przychodzi ani tak często ani tak łatwo do rozmiękczenia, lubo nagłe zatrzymanie dopływu krwi nie może pozostać bez wpływu na funkcyję kory mózgowéj, zanim wytworzy się krążenie oboczne.

11. Jakie mają znaczenie kliniczne dla objawów kiły te stósunki anatomiczne i fizyjologiczne, zobaczymy póżniéj.

Tu nadmienimy tylko, że pod względem patologicznym zboczenia następowe w mózgu są zazwyczaj bez porównania o wiele ważniejsze od zmian pierwotnych, raz z powodu znacznéj nieraz rozległości, powtóre z powodu całkowitéj prawie dla leczenia niedostępności. Słusznie téż twierdzi Fournier, że rzadko bardzo a może nigdy nie umierają chorzy na pierwotne i właściwe kile zmiany anatomiczne w mózgu, lecz przeciwnie prawie zawsze giną na zboczenia proste będące jedynie następstwem zmian kiłowych takiém samém, jak i innych zmian w mózgu z kiłą żadnéj styczności nie mających.

12. Zmiany anatomiczne kiłowe rdzenia pacierzowego i jego opon nie są dotychczas dokładnie poznane z dwóch przyczyn: naprzód ponieważ są w ogólności rzadkie przynajmniéj dla obserwacyi anatomicznéj powtóre, ponieważ przypadków, którym miano sposobność przypatrzeć się bliżéj na stole sekcyjnym, z małym bardzo wyjątkiem nie wyzyskano należycie dla nauki zaniedbując w szczególności badania mikroskopijnego.

Pomijając choroby rdzenia pacierzowego i jego opon będące skutkiem zmiany kiłowéj w stosie kręgowym znajdujemy naprzód przypadki, w których badanie anatomiczne nic nie wykryło; byłyby to zatém zboczenia czynnościowe bez zmiany anatomicznéj. Że takie pojęcie nie odpowiada dzisiejszemu stanowisku nauki, że każde zboczenie za życia obserwowane musi mieć i ma niewątpliwie swą przyczynę materyjalną, wątpliwości nie ulega. Dlatego czując niedostateczność przypuszczenia kiłowych zboczeń wyłącznie czynnościowych ze strony rdzenia pacierzowego ucieczono się do przypuszczenia, że samo zakażenie krwi jadem kiłowym, sama może w niéj zmiana anatomiczna w postaci pewnego rodzaju niedokrewności właściwéj jest powodem objawów postrzeganych za życia, których przyczyna anatomiczna po śmierci wykazać się nie da. Takie tłumaczenie nie jest rzeczywiście żadném wyjaśnieniem, lecz tylko raczéj uzasadnieniem naszéj niewiadomości, bo opiera się na przypuszczeniach, którychby znów trzeba osobno dowodzić.

W innych, zawsze atoli rzadkich przypadkach znaleziono zmiany anatomiczne, które, o ile z dotychczasowych danych sądzić wolno, w ogólności okazują analogiję do zmian kiłowych w mózgu. Najczęstszemi są zmiany kiłowe opon ze stwardnieniem lub utworzeniem kilaków i następowém zrośnieniem opon tak ze sobą jak i z rdzeniem pacierzowym.

W samym rdzeniu pacierzowym występować mogą skutkiem kiły stwardnienia lub kilaki. Kilaki są bardzo rzadkie i pojawiają się, ile sądzić można, prawie zawsze tylko w obwodzie rdzenia. Zmiany w naczyniach, zdaje się, że wykryto w niektórych przypadkach.

Co do zmian następowych, znajdujemy gdzieniegdzie wzmianki o rozmiękczeniu; w jakim atoli stósunku zostaje to rozmiękczenie do zmian bezpośrednich kiłowych w rdzeniu pacierzowym a mianowicie w jego naczyniach, w téj chwili jeszcze nie rozstrzygnięto.

13. Nader ważném jest pytanie w ostatnich latach osobliwie we Francyi poruszane, czy zmiana anatomiczna cechująca wiąd pacierzowy (*tabes dorsalis*) może być następ-

stwem bezpośredniém kiły. Pytanie to trudno bardzo dziś już rozstrzygnąć nawet za pomocą badania anatomicznego a to z powodu, że ściśle rzecz biorąc nie znamy na pewne ani jednego znaku, któryby wyłącznie cechował zmianę kiłową. Wszystkie zboczenia anatomiczne razem uważane niewątpliwie dać nam mogą i dają rzeczywiście pewną skazówkę, że dana zmiana jest kiłową, ale w samym tworze kiłowym nie znajdujemy nic, coby go bezwarunkowo i wyłącznie cechowało. W obec tych trudności nie pozostaje nam nic innego, jak przedstawić bezstronnie okoliczności, które autorów skłaniają do jednego lub drugiego twierdzenia i podać niektóre uwagi na własnych postrzeżeniach oparte.

Fournier, pierwszy jak wiadomo, jeszcze w r. 1876 wystąpił z twierdzeniem, że między kiłą a wiądem pacierzowym istnieje ścisły związek, popierając je swoją statystyką, która w 30 przypadkach wiądu wykazała 24 razy poprzednie objawy kiły, tudzież terapiją, albowiem jodek potasu w wielu przypadkach doprowadził do wyleczenia.

Przeciwko temu twierdzeniu wystąpili energicznie Drysdale, Bloxham i Broadbent. Drysdale zwrócił się przeciw mniemaniu, jakoby wszystko można przypisywać kile, Bloxham pyta się, dlaczego kobiety tak rzadko podlegają wiądowi pacierzowemu, jeżeli mają kiłę, a Broadbent jeszcze dawniéj położył nacisk na tę okoliczność, że kiła tworząc właściwe zmiany anatomiczne nie trzyma się systematu ani anatomicznego ani fizyjologicznego, co właśnie ma być cechą wiądu pacierzowego.

M. Cornil w dziele co właśnie wydaném zajmuje w kwestyi, o któréj mowa, stanowisko pośrednie: jeżeli prawdą jest, że $^2/_3$ wszystkich przypadków wiądu poprzedzała kiła, trzeba ją uważać za przyczynę tylko uspasabiającą do wiądu bez związku ściślejszego. Wiąd pacierzowy u kiłowych nie różni się niczém od wiądu w niekiłowych. Co do zmian anatomicznych, nie znajdujemy u kiłowych w odpowiednich częściach rdzenia pacierzowego nic, coby kiłę oznaczało, owszem zmiany są teżsame, co i u tych,

którzy nigdy kiły nie przebyli. Terapija nie popiera zdania Fourniera, bo z jednéj strony polepszenia skutkiem leczenia antisyfilitycznego mogły być tylko chwilowe i po prostu następstwem naturalnych oscylacyj w natężeniu objawów chorobowych, a z drugiéj rtęć bez wątpienia skutkuje przeciw cierpieniom całkiem z kiłą nic wspólnego nie mającym. Julliard nie zgadza z tak absolutném twierdzeniem Cornila: według niego zmiana anatomiczna we wiądzie pacierzowym nie ogranicza się nieraz ani do samego rdzenia pacierzowego ani tém mniéj do samych jego sznurów tylnych. I tak zboczenia ze strony mózgu i nerwów mózgowych np. nerwu wzrokowego tudzież objawy ze strony nawet przednich sznurów rdzenia dowodzą, że zmiana anatomiczna nie zajmuje w wielu przynajmniéj przypadkach samych tylko sznurów tylnych, nie trzyma się więc systematu ani anatomicznego ani fizyjologicznego. Zarzut ten więc przeciw kiłowemu pochodzeniu wiądu upada. Zresztą oddawna rzeczą wiadomą, że w wiądzie znajdujemy nieraz zgrubienie naczyń mianowicie drobniejszych i włosowatych, chociaż obecnie zdaje się, że zmiana w naczyniach poprzednio opisana nie jest wyłącznie tylko kile właściwą.

Nie kusząc się o rozwiązanie ważnéj téj kwestyi, o któréj mowa, mogę na podstawie własnych dosyć licznych spostrzeżeń oświadczyć, co następuje:

1) Większa połowa, $^3/_4$ a może nawet $^4/_5$, moich chorych na wiąd pacierzowy kiłę przebyła niewątpliwie, chociaż prócz jednego chorego ani jeden w czasie wiądu postępującéj kiły nie okazywał.

2) Zgodnie ze zdaniem Cornila wiąd u kiłowych nie różnił się niczém od wiądu u osób, które nigdy kiły nie miały.

3) Co do wniosków z terapii o naturze wiądu, zasługują na uwagę następujące okoliczności.

Środki właściwe przeciwkiłowe jak przetwory jodu i rtęć w rzadkich stósunkowo przypadkach pomagają statecznie przeciw wiądowi. Z moich postrzeżeń widziałem sku-

tek stanowczy po jodzie raz i po rtęci także raz. Pierwszy przypadek dotyczył wiądu z zanikiem nerwu wzrokowego przez okulistę stwierdzonym, w którym jod w krótkim już czasie wpłynął nader znacznie na polepszenie wzroku, chodu, oddawania moczu i zniósł bóle błyskawiczne w odnogach dolnych; drugi postrzegany w oddziele kol. Pareńskiego odnosi się do młodego człowieka koło 22 lat mającego, u którego z powodu właściwego obrzmienia gruczołów limf. zastósowano przeciw wiądowi sublimat przez żołądek i w krótkim bardzo czasie doczekano się polepszenia tak znakomitego, że chory przedtém ciągle leżeć w łóżku zmuszony o własnych siłach prawie zupełnie jakoby zdrów szpital opuścił. We wszystkich innych przypadkach nie widziałem po jodzie i rtęci żadnego widocznego i niewątpliwego skutku a przecież każdy, kto miał do czynienia z kiłą najbliższego rdzeniowi pacierzowemu organu t. j. mózgu, mógł się przekonać, iż środki te, szczególniéj zaś rtęć przeciw kile tego narzędzia w przeważnéj liczbie przypadków osobliwie niezaniedbanych mniéj lub więcéj skutkują; uderzającą byłaby przeto ich nieskuteczność przeciw wiądowi, jeżeli ten rzeczywiście jest objawem zmiany pierwotnéj, kiłowéj.

Jod i rtęć są lekami w ogólności przeciw bardzo wielu chorobom niewątpliwie skutecznemi; pomyślne ich działanie osobliwie, jeżeli ich się używa w dawkach większych, nie przemawia koniecznie za naturą kiłową, ale praktycznie rzecz biorąc w cierpieniach chronicznych zawsze daje dużo do myślenia. Nie można więc zaprzeczyć, że Fournier ze stanowiska praktycznego ma do pewnego stopnia słuszność odnosząc przypadki wiądu, w których jodek potasu pomyślnie działał, do kiły.

Skuteczność jodu i rtęci przeciw objawom wiądu nie dowodzi na pewne ich natury kiłowéj dla tego, ponieważ rozpoznanie wiądu zazwyczaj nie jest bezpośrednie, lecz tylko pośrednie. To jest: najczęściéj rozpoznajemy wiąd ze zboczeń czynnościowych, ale nie chwytamy, że tak powiem, wprost zmiany anatomicznéj. Zboczenia czynnościowe we wiądzie

dowodzą nieprawidłowego działania sznurów tylnych, a ponieważ z anatomii patologicznéj wiemy, że takim a takim zboczeniom czynnościowym odpowiadają najczęściéj takie a takie zmiany anatomiczne, więc dostawszy chorego wnosimy nadwrót ze zboczeń czynnościowych o zmianie anatomicznéj, tj. właściwém stwardnieniu sznurów tylnych itd. w rdzeniu pacierzowym. Zdaniem mojém rozpoznanie za życia właściwéj sprawy anatomicznéj możebném jest z całą ścisłością tylko w razie zaniku szarego nerwu wzrokowego. Na szczęście chorych zanik ten nie liczy się do częstych objawów wiądu. Przypadki przeto wiądu u kiłowych pomyślnie i w krótkim czasie skutecznie leczone uważaćby może należało za zmiany kiłowe w sznurach tylnych rdzenia pacierzowego z objawami ataksyi, lecz bez właściwéj zmiany anatomicznéj cechującéj szare zwyrodnienie rdzenia.

Ostatecznie więc z tego wszystkiego wypadałoby, że najpodobniéj do prawdy zdaniem Julliarda kiła zostaje w bliskim stósunku do wiądu pacierzowego, że jednakowoż zmiana anatomiczna u ludzi, którzy mają kiłę a okazują objawy wiądu, nie jest zmianą kiłową, lecz tylko taką samą jaką napotyka się w innych zwyczajnych, kiłą nie poprzedzonych w przypadkach wiądu. Kiła byłaby zatém według tego przyczyną uspasabiającą do wiądu.

14. Anatomija patologiczna zmian kiłowych w nerwach obwodowych daje się krótko streścić. Naprzód nerwy mogą uledz zmianom prostym i zanikowi skutkiem ucisku przez zmianę kiłową, następnie zmiana kiłowa może przez proste sąsiedztwo udzielić się nerwowi, nakoniec zmiana kiłowa w postaci kilaka lub zapalenia swoistego może wystąpić samodzielnie w nerwie. Że takie zboczenia kiłowe trafiają się przedewszystkiém w nerwach mózgowych, rzecz oczywista, zważając na stósunki anatomiczne i patologiczne w mózgu. Jakoż w rzadkich tylko przypadkach widziano zmiany kiłowe w nerwach mózgowych poza czaszką a co do nerwów rdzeniopacierzowych, rzecz jeszcze wątpliwa, czy mogą uledz samodzielnie zmianom kiłowym.

IV.

15. Zjawiska chorobowe są ostatecznie skutkiem i wyrazem zmiany anatomicznéj; nie odrzeczy więc będzie zapewne zastanowić się, jakie są w ogólności następstwa za życia zmian kiłowych w układzie nerwowym.

1) Ponieważ zmiany opisane pojawiać się mogą i pojawiają rzeczywiście w rozmaitych częściach układu nerwowego, muszą też i przypady chorobowe (czyli odpowiednie zmianom anatomicznym zboczenia czynnościowe ze strony układu nerwowego być nader wielorakie i rozmaite, tj. kiła układu nerwowego występuje w najrozmaitszych postaciach, co więcéj, można nawet z wielkiém zbliżeniem się do prawdy powiedzieć, iż nie ma takiego zboczenia czynnościowego w układzie nerwowym, któreby nie mogło ukazać się w przebiegu kiły tegoż układu.

2) Daléj wypływa to również (ze stósunków anatomiczno-patologicznych, iż zboczenia chorobowe w kile układu nerwowego występują, jeżeli nie absolutnie, to przynajmniéj najczęściéj w postaci przypadów ogniskowych, będących za życia wyrazem ograniczonych mniéj więcéj zmian anatomicznych. Co do mózgu i nerwów na obwodzie nie ulega to żadnéj prawie wątpliwości; co do rdzenia pacierzowego w obec naszéj niedostateczności danych z anatomii patologicznéj nie ma pewności, czy skutkiem kiły nie pojawiają się zboczenia czynnościowe, któreby odnieść należało do rozległych i rozlanych zmian w organie, o którym mowa. Zresztą nie należy zapominać, że między mózgiem a rdzeniem pacierzowym, jakem to już dawniéj podniósł, pod względem anatomicznym znaczna zachodzi różnica. W mózgu, który jest organem bardzo wielkich w porównaniu do rdzenia pacierzowego rozmiarów, zmiana anatomiczna ograniczona, nawet większa łatwiéj może zachować swój charakter ogniskowy, niż w rdzeniu pacierzowym, który nie tylko że nader małych jest w kierunku poprzecznym rozmiarów, ale w którym zmiana anatomiczna jednéj np. połowy łatwo bardzo rozszerzyć się może *per continuitatem et contiguitatem* na drugą połowę

lub przynajmniéj wpływać na nię w wysokim stopniu sposobem po prostu mechanicznym. To zdaniem naszém jest zarazem powodem, dla którego kiła rdzenia pacierzowego nie przedstawia téj rozmaitości objawów za życia, co kiła mózgu.

3) Ponieważ zmiana kiłowa w układzie nerwowym występuje bardzo często, można nawet powiedzieć zazwyczaj, nie w jedném ale kilku ogniskach, których siedziby nie stoją do siebie w żadnym stałym stósunku, że jedném słowem najrozmaitsze miejsca układu nerwowego mogą równocześnie ulegać zmianom kiłowym, łatwo pojąć, że w kile układu nerwowego mogą pojawiać się najrozmaitsze kombinacyje przypadów niezwykłe zupełnie dla innych chorób układu nerwowego.

4) Lubo te kombinacyje przypadów zmian ogniskowych, co przedewszystkiém mózgu dotyczy, pod każdym względem są nader rozmaite, można przecież powiedzieć, że ze strony mózgu łączą się najczęściéj ze zboczeniami w czynnościach psychicznych, napadami epileptycznemi i porażeniem przednich nerwów mózgowych a mianowicie ocznych. Przyczynę tego uderzającego i pod wieloma względami nader ważnego zjawiska tłumaczy nam dostatecznie anatomija patologiczna: powiedzieliśmy bowiem, że zmiany kiłowe występują z upodobaniem na powierzchni mózgu tj. z jednéj strony w substancyi szaréj kory mózgowéj, z drugiéj na podstawie czaszki. Wiemy zaś z fizyjologii, w jak bliskim związku zostaje kora mózgowa do życia psychicznego, napadów epileptycznych, a na podstawie mózgu znajdują się nerwy, które mogą uledz uciskowi ze strony zmian chorobowych w téj okolicy.

5) Nakoniec zasługuje na uwagę stósunek zboczeń kiłowych do terapii. Co do mózgu mianowicie, też same zboczenia czynnościowe są dla leczenia bez porównania dostępniejsze, jeżeli ich przyczyną jest kiła, niż gdy sprawia je inna zmiana anatomiczna. Tak np. nierzadko ustępują całkowicie porażenia połowicze kiłowe, gdy takież same porażenia z innych przyczyn np. krwotoku lub zatoru tętnicy

zazwyczaj tylko się do pewnego stopnia zmniejszają. Na téj skuteczności terapii chciano nieraz oprzeć dyagnozę i przyznać należy, że nieraz skutek leczenia bardzo zaważyć może na szali. Nie można atoli zapominać, że terapija przeciw zmianom kiłowym ma także granice: naprzód, jak każdy praktyk wie, są przypadki kiłowe, w których nawet najenergiczniejsze leczenie we właściwym czasie nic nie pomaga albo tylko bardzo mało, z drugiéj, co jeszcze ważniejsze, że skuteczność terapii odnosi się tylko do zmian kiłowych właściwych, nie zaś do następowych. Jeżeli przeto np. porażenie połowicze polega na niedostatecznym dopływie krwi do ciałka prążkowanego skutkiem zmiany kiłowéj w naczyniach tętniczych, ustępuje ono po usunięciu zwężenia naczyń; jeżeli zaś porażenie jest wyrazem rozmiękczenia odpowiedniéj części mózgu, terapija antysyfilityczna nic zdziałać nie jest w stanie. Tak samo usunąwszy ucisk przez zmianę kiłową np. w kości na nerwy wywierany nie usuwamy zaniku nerwu, lecz musimy go leczyć osobno według ogólnych zasad terapii Jakie ztąd ważne dla leczenia wypadają skazówki, łatwo odgadnąć; zastanowimy się nad niemi jeszcze późniéj.

Co do rdzenia pacierzowego, to teoretycznie spodziewaćby się należało zupełnie takichże samych lub przynajmniéj bardzo podobnych stósunków, jak i w mózgu. W praktyce atoli, przynajmniéj teraz, przedstawiają się one cokolwiek inaczéj a mianowicie nieraz wykrywszy nawet zmiany kiłowe w innych organach nie możemy na pewne oświadczyć, czy wykazane na podstawie właściwych wniosków cierpienie rdzenia jest kiłowém czy téż prostém ale u kiłowego, tém więcéj, iż dla rdzenia pacierzowego, jakeśmy to właśnie co dopiero powiedzieli, nie ma tych prawdopodobnych oznak cierpienia kiłowego, co dla mózgu, powtóre, że też same środki, które działają, świetnie przeciw kile, skutkują równie dobrze przeciw niektórym cierpieniom mianowicie ostrym rdzenia pacierzowego.

6) Przypady kiły układu nerwowego z osobna uważane nie mają i nie mogą mieć w sobie nic wyłącznie cha-

rakterystycznego. Ważne to, pewne, bo codzień stwierdzane prawidło wyjaśniają następujące okoliczności. Choroby układu nerwowego w ogólności objawiają się, wprawdzie nie wyłącznie, ale przecież najczęściéj nie zboczeniami anatomicznemi za życia i bez autopsyi wykazać się dającemi, ale tylko zboczeniami czynnościowemi, których źródło daje się dotychczas przynajmniéj, wykazać dopiero po śmierci. Do takich zboczeń anatomicznych należy np. obrzmienie w przebiegu zapalenia nerwu, zanik szary nerwu wzrokowego oftalmoskopowi dostępny w szarém zwyrodnieniu rdzenia pacierzowego, nerwaki, blizny, w które wgojone są nerwy, i niektóre urazy. Zboczenia zaś czynnościowe nie są następstwem pewnego rodzaju zmiany anatomicznéj, lecz tylko jéj siedziby. Tak jak np. dla przewodnictwa elektryczności w drucie jest wszystko jedno, czy go przetniemy, czy kawałek jego zastąpimy ciałem elektryczności nie przewodzącém, tak i dla układu nerwowego jest pod względem fizyjologicznym wszystko jedno, czy ta lub owa tkwi w nim zmiana anatomiczna: zboczenia będą zawsze jednakie, jeżeli tylko zmiana anatomiczna toż samo nagabuje miejsce. Tak np. wiadomo z fizyjologii, że ciałko prążkowane stoi w blizkim stosunku do ruchów kończyn po stronie przeciwnéj; czy więc przez krwotok czy przez zator zwykły (*embolia*) ciałko prążkowane zostanie anatomicznie w dostatecznéj rozległości nadwerężone, objawy będą na obwodzie też same, co przy rozmiękczeniu skutkiem zmiany kiłowéj w odpowiedniéj tętnicy: zawsze wystąpi porażenie połowicze o pewnych cechach. Na tém, jak wiadomo, polega trudność rozpoznania zmiany anatomicznéj za życia i do częstych np. liczy się zdarzeń, że przy autopsyi znajdzie się krwotok tam, gdzie oczekiwano zatoru i odwrotnie. Zupełnie tak samo rzecz się ma z kiłą: tak jak nie ma ani jednego zboczenia czynnościowego, jakeśmy to już wspomnieli, któreby nie mogło wystąpić w przebiegu kiły układu nerwowego, tak na odwrót nie ma ani jednego przypadu wyłącznie kile właściwego; kreśląc przeto w dalszym ciągu przypady kiły układu nerwowego, nie możemy

w żaden sposób oczekiwać jednego obrazu, któryby do pewnego stopnia mógł służyć za wzór dla największéj liczby przypadków, ale podamy tylko w sposób zdaniem naszém potrzebom praktycznym najodpowiedniejszy szereg przypadów i ich kombinacyj, jak one pojawiają się w przebiegu choroby, o któréj mowa. Dla łatwiejszego i dokładniejszego przeglądu podzielimy sobie kiłę układu nerwowego na kiłę mózgu, na kiłę rdzenia pacierzowego i kiłę nerwów na obwodzie.

V.

16. Lubo kiła mózgu, jak to wypada z anatomii patologicznéj a stwierdza doświadczenie, może rozpoczynać się każdém zboczeniem czynnościowém, to jednakowoż przekonać się można, iż w znacznéj przynajmniéj liczbie przypadków ukazują się jedne objawy wcześniéj, inne późniéj, że pierwsze zazwyczaj są lżejsze, gdy drugie cięższéj zagrażają przyszłości. Z powodów przeto czysto praktycznych przystąpimy naprzód do opisania przypadów początkowych.

17. Jednym z nich jest ból głowy.

Ból ten, który pojawia się na pozór bez żadnéj widocznéj przyczyny, dodajmy do tego, po największéj części u ludzi również na pozór zupełnie zdrowych, co do miejsca zajmować może najrozmaitsze okolice. Prawie zawsze odnoszą go chorzy do wnętrza czaszki a nie, jak Heubner podaje, do powierzchni zewnętrznéj tj. skóry i części miękkich pod nią położonych.

Co do rodzaju, jest zazwyczaj połączony z uczuciem, albo ciężaru albo ucisku albo bicia młotem na czaszkę. Rozległość jego jest rozmaitą: bywa albo ograniczony albo rozlany. Innemi jego cechami są silne natężenie, pogarszanie się w nocy i długie trwanie.

Co do mocy, nie ma bez wątpienia bólu tak mocnego, tak gwałtownego, jak ból, o którym mowa. Doprowadza on chorych do prawdziwéj nieraz rozpaczy, nierzadko łączą się z nim pewne zboczenia psychiczne jak nadzwyczajna drażliwość i idąca za nią gwałtowność w postępowaniu, niechęć

do pracy, posmutnienie, nakoniec jakoby pewne zamglenie psychiczne. Niemcy opisują to jako *Wüstsein im Kopfe*, nasi pacyjenci podają jako pewien rodzaj otumanienia, który pozwala na wszelkie czynności psychiczne, ale przecież je utrudnia i wymaga do pokonania znacznego wysilenia. Porównałbym to najlepiéj z lekkim bardzo stopniem upojenia się, w którym można wszystko robić, jak się należy a przecież ma się poczucie jakiéjś nieprawidłowéj, że tak powiem, aury w głowie. Nierzadko przychodzi do cięższych zboczeń psychicznych, w których chorzy za lada podrażnieniem wpadają w gwałtowny gniew i dopuszczają się czynów nie licujących ani z ich charakterem ani wykształceniem ani stanowiskiem.

Najczęściéj wzmaga się ból w nocy; bywa atoli i przeciwnie. Zazwyczaj chorzy przez dzień doznają albo bólu tylko nieznacznego albo owego pewnego zamglenia psychicznego a dopiero w nocy doświadczają największych dolegliwości, które im odbierają sen i w szkodliwy sposób wpływają na cały układ nerwowy.

Nakoniec wspomnieliśmy, że przerzeczony ból głowy trwa długo, utrzymując się tygodniami i miesiącami w jednéj wysokości, nierzadko bez żadnéj widocznéj przyczyny znikając i znów występując.

Te trzy znaki: jak silne natężenie, pogarszanie się w nocy i długie trwanie w tym stopniu w innych prócz kiły prawie nigdy nie trafiają się chorobach. U każdego przeto chorego, który je okazuje, należy dokładnie zbadać cały ustrój, wywiedzieć się o całą jego przeszłość, bo za zasadę można przyjąć, iż ból głowy z wspomnionemi przypadami polega na kile. Jeżeli znajdą się inne objawy kiły, mamy *mandat impératif* do energicznego leczenia przeciwkiłowego; jeżeli nie znajdą, można i należy przedsięwziąć lekkie leczenie właściwe a skuteczność jego oświeci nas prawie na pewne o znaczeniu owego bólu głowy i wskaże nam dalszą drogę do rokowania i leczenia.

Pod względem przebiegu zasługuje na uwagę, że ból głowy może chwilowo, nieraz nawet na czas dłuższy znikać,

czego przyczyny dotychczas nie znamy. Nierzadko ból głowy jest zwiastunem cięższych i nieraz nieulecznych zboczeń czynnościowych ze strony mózgu jak chorób umysłowych i porażeń połowiczych.

18. W wielu razach, lubo nie zawsze, występuje obok bólu głowy bezsenność nader uporczywa. Bezsenność ta jest albo następstwem bólu głowy, zwłaszcza, jeżeli ten, jakeśmy już powiedzieli, wzmaga się w nocy, albo występuje samodzielnie bez żadnéj widocznéj na pozór przyczyny i jest nawet bardzo uporczywą, co samo przez się, zważając na wiek, w którym najczęściéj pojawia się kiła układu nerwowego, powinno skłaniać do dokładnego zbadania całego ustroju chorego.

19. Po dłuższém lub krótszém trwaniu tych przypadów ukazują się zboczenia czynnościowe, które, ponieważ pojawiają się bądź razem, bądź w krótkich odstępach czasu, możemy tu razem omówić. Całemu temu szeregowi zboczeń nadaje Fournier miano kiły nawałowéj (*forme congestive*) raz dla tego, by zaznaczyć, iż te zboczenia ze stanowiska klinicznego stanowią pewną całość, powtóre, by wyrazem tym określić podobieństwo do podobnych zboczeń czynnościowych ze zupełnie innéj przyczyny, które słusznie czy niesłusznie odnosimy do nawału krwi do mózgu. Że ten wyraz przez Fourniera użyty pod względem anatomicznym i patofizyjologicznym niczego nie przesądza, łatwo pojmie każdy, kto zastanowi się nad anatomiją patologiczną kiły układu nerwowego; owszém nawet z wielkiém podobieństwem do prawdy można powiedzieć, iż szereg zboczeń oznaczonych mianem formy nawałowéj polega nie na nawale, lecz przeciwnie na braku lub niedostatecznym przypływie krwi. Wiadomo zresztą zkądinąd, że układ nerwowy może w podobny bardzo sposób oddziaływać tak na nadmiar jak i na brak krwi, jak tego np. dowodzi trudność odróżnienia nieraz niedokrewności od przekrwienia mózgu, istnienie bólu głowy połowiczego ze zwężeniem lub rozszérzeniem naczyń tętniczych itd.

Forma nawałowa kiły objawia się zboczeniami czynnościowemi bądź przelotnemi, bądź mniéj więcéj stałemi.

Do pierwszych liczymy:

Zawroty głowy i pewien rodzaj odurzenia. Pierwsze nie mają w sobie nic charakterystycznego prócz tego chyba, że są nieraz bardzo uporczywe, przykre a nierzadko występują peryjodycznie np. w tychże samych porach dnia.

Odurzenie objawia się pewnym jakoby rodzajem lekkiego upojenia, które wpływa oczywiście na osłabienie czynności psychicznych a mianowicie zmniejsza pojętność i wrażliwość na bodźce zewnętrzne.

Upośledzenie wzroku i słuchu. Chorzy uskarżają się albo że nie widzą dokładnie, tylko jakby przez mgłę lub wodę albo że im coś oczy zasłania. Zboczenia słuchu są bez porównania rzedsze, jako podmiotowe słyszenie brzmień rozmaitych: szumu, brzęczenia, dzwonienia w uszach.

Ze strony psychicznéj pojawiają się chwilowe napady niezupełnéj przytomności, tak, że chorzy nie mogą sobie nieraz zdać sprawy z tego, co robią, a w rozmowie podobni są nieraz do roztrzepanych, którym trzeba toż samo kilka razy powtarzać, a którzy mimo tego nie mogą nieraz pojąć, o co chodzi.

W sferze ruchowéj przedewszystkiém uderza zmiana mowy: chorzy mówią powoli, z dźwiękiem głosu nieraz widocznie zmienionym, przekręcają wyrazy a co do ruchów całego ciała, okazują trudność utrzymania równowagi przypominając nieraz bardzo wyraźnie pijanych.

Zboczenia te w ogólności rozwijają się powoli, długo są nie postrzeżone nawet przez osoby najbliższe chorych i dopiero doszedłszy do pewnego stopnia skłaniają do szukania pomocy lekarskiéj tém więcéj, że chorzy nie zdają sobie samym dokładnie sprawy ze swego stanu a nawet wręcz nieraz oświadczają lekarzowi, że nic im nie brakuje.

Z postępem czasu i choroby zostawionéj saméj sobie zboczenia, które dotąd występowały w napadach, stają się ciągłemi. Chorzy doświadczają ciągle ciężkości głowy, utrudnienia w myśleniu i pojmowaniu, zawrotu głowy, osła-

bienia w ruchach a nawet w koordynacyi tak, że robią wrażenie ciągle pijanych. Ze strony przewodu pokarmowego pokazuje się pewne zwolnienie ruchów robaczkowych, ze strony narządu moczopłciowego osłabienie pęcherza moczowego i erekcyi tak, że nieraz na długie miesiące przed pojawieniem się cięższych przypadów chorobowych nie mogą spółkować w sposób należyty.

Ten stan, który nie łatwo już uchodzi uwadze osób chorego otaczających, pogarsza się w wielu przypadkach nagle przez występy zboczeń psychicznych, napadów epileptycznych, porażeń lub afazyi. Zachowując sobie do późniejszego czasu omówienie dokładniejsze tych zboczeń zwracamy uwagę, iż te porażenia występują zazwyczaj nagle, nierzadko wśród przypadów apoplektycznych i są albo bardzo przelotne albo mijają po stósunkowo krótkim czasie albo wreszcie trwają cokolwiek dłużéj. Przelotne znikają nieraz po kilku lub kilkunastu minutach nie zostawiając najmniejszego śladu po sobie. Inne trwają dłużéj: dzień i dwa i albo mijają również bez śladu albo zostawiają po sobie pewien niedowład mniéj lub więcéj wyraźny.

Najczęściéj występują porażenia nerwu okoruchowego, odwodzącego, twarzowego, językowego, tudzież porażenia połowicze ręki i nogi.

Apopleksyja występuje, jak słusznie zauważył Fournier, w dwojakiéj postaci: raz jako uderzenie z osłabieniem i utratą władzy w całém ciele bez utraty przytomności, co wkrótce przemija, albo jako zupełny napad apoplektyczny, tém tylko różniący się od apopleksyi z pęknienia naczynia lub zatoru tętnicy, iż objawy jego wkrótce przemijają. W wielu przypadkach uderzenie z osłabieniem poprzedza apopleksyją jako formę cięższą. Jedne i drugie odznaczają się skłonnością do recydyw. Tak np. obserwowałem chorego, u którego napad apoplektyczny bez utraty przytomności pojawiał się prawie codziennie i to rzecz dziwna, prawie zawsze o téj saméj godzinie. U innego chorego napady apoplektyczne występowały kilka razy na ty-

dzień z utratą przytomności z początku całkowitą, późniéj częściową i porażeniem połowiczém.

Ważną jest rzeczą, że jakkolwiek napady apoplektyczne pojawiają się zazwyczaj dopiero w dalszym ciągu kiły mózgowéj, bywają od tego nierzadkie wcale wyjątki, w których napady te występują niespodziewanie prawie jako pierwszy objaw choroby, o któréj mowa, w których spiączka (*coma*) jest najpierwszym zjawiskiem ostrzegającém o wielkiém niebezpieczeństwie. Co więcéj, można nawet uważać za prawidło, że każda śpiączka u ludzi młodych, u których nie można wykryć lub przypuszczać innéj choroby mózgowéj, polega najpodobniéj do prawdy na kile, co dla rokowania i leczenia oczywiście największéj jest wagi. Brak wszelkich nawet innych oznak kiły w takich razach uprawnia najzupełniéj do energicznego leczenia przeciwkiłowego tém więcéj, że znane są, lubo na szczęście rzadkie przypadki, w których śpiączka była jakoby pierwszym a zarazem i ostatnim objawem choroby, z któréj chorzy już nigdy nie przyszli do przytomności lub ją odzyskiwali tylko po części i chwilowo ginąc wśród powolnego ustawania czynności żywotnych.

20. Powiedzieliśmy poprzednio, że z postępem czasu i choroby występują w przebiegu kiły układu nerwowego zboczenia psychiczne, napady epileptyczne, utrata mowy i porażenia.

Ze względu na ważność i częstość tych zboczeń zastanówmy się nad niemi nieco obszerniéj.

21. Jakie są objawy padaczki, wiadomo powszechnie równie jak i to, że dotychczas nie znamy żadnéj stałéj zmiany anatomicznéj w téj chorobie. Rozpoznanie epilepsyi opiera się jedynie na stwierdzeniu pewnych zboczeń czynnościowych a mianowicie napadów, które zdaniem naszém tożsamo mają znaczenie w patologii co np. porażenie połowicze mogące pochodzić z najrozmaitszych przyczyn. Według nas padaczki w téj chwili jeszcze nie można uważać za osobną chorobę, tylko za zbiór pewnych przypadów, który może pochodzić od zmian rozmaitych tak pod względem rodzaju jak

i siedziby. W obec tego pojęcia nie ma nic nadzwyczajnego w tém, że padaczka pojawia się w przebiegu kiły układu nerwowego, w szczególności mózgu tém więcéj, że z doświadczeń Hitziga i Ferriera wypada, że kora mózgowa a mianowicie pewne części jéj substancyi szaréj z jednéj strony w nader bliskim zostają stósunku do napadów epileptycznych z drugiéj, jakeśmy to już dawniéj wspomnieli, łatwo ulegają zmianom anatomicznym w kile.

Z tego wypadają dwa ważne wnioski, pierwsze: w samym napadzie epileptycznym nie może być różnicy między padaczką zwykłą a kiłową, powtóre inne okoliczności towarzyszące będą mogły świadczyć do pewnego przynajmniéj stopnia o przyczynie epilepsyi w danym przypadku. Z tém téż najzupełniéj zgadza się doświadczenie: z samego napadu epileptycznego nie można nigdy rozpoznać ani rodzaju ani siedziby zmiany anatomicznéj, ani tego czy jest stałą czy przelotną.

Wiadomo, że epilepsyja zwyczajna ukazuje się w napadach bądź wielkich bądź małych w ten sposób, że u téjże saméj osoby występują napady albo przeważnie bądź wielkie bądź małe albo co bywa najczęściéj i małe i wielkie. Tak samo dzieje się w padaczce kiłowéj, która w téj mierze nader wielką przedstawia rozmaitość.

Pod względem stósunku padaczki do innych objawów kiły układu nerwowego zasługuje na uwagę, że padaczka tak może być wyłącznym objawem kiły mózgowéj, co dzieje się rzedziéj jak łączyć się z innemi zboczeniami czynnościowemi mianowicie porażeniami.

Co do okresu choroby, padaczka może występować albo jako pierwszy objaw kiły mózgowéj albo późniéj po innych zboczeniach mózgowych albo jako przypad ostateczny, który ma zakończyć śmiertelnie całą sprawę. Tak podaje Fournier przypadek, w którym po najrozmaitszych przypadach kiły mózgowéj pojawiła się epilepsyja po raz pierwszy na trzy dni przed śmiercią.

W ogólności padaczka liczy się do wczesnych objawów kiły nerwowéj. Niekiedy jest, jakeśmy właśnie powiedzieli,

pierwszym przypadem mózgowym w ten sposób, że występuje u ludzi, którzy przedtém nigdy ze strony mózgu żadnych zboczeń nie okazywali. Najczęściéj poprzedzają epilepsyją syfilityczną inne objawy a temi są: ogólne podupadnienie odżywiania całego ustroju, niedokrewność, zmniejszenie łaknienia, wychudnienie, obniżenie energii czynności psychicznych i uporczywy ból głowy, którego cechy podaliśmy już wyżéj.

Padaczka kiłowa wystąpiwszy w jednym napadzie po niejakim czasie znów się ukazuje oczywiście dla tego, ponieważ przyczyna jéj trwa a nawet się potęguje przez dalszy rozwój zmiany anatomicznéj. Między piewszym a drugim napadem mija nieraz i kilka tygodni; późniéj napady stają się coraz częstszemi a tém samém odstępy wolne między niemi coraz krótszemi.

Uderzającą i ważną jest rzeczą, że przed napadami epileptycznemi ukazują się objawy, które na krótszy lub dłuższy czas pozwalają napad przewidzieć. Takiemi objawami ostrzegającemi są: ogólne osłabienie, drażliwość nerwowa a przedewszystkiém ból głowy ze wszystkiemi cechami już podanemi, który chorzy zazwyczaj odnoszą do granicy między kością skroniową a ciemieniową, który występuje na dłuższy czas nieraz nawet na kilka dni przed napadem. Bezpośrednio zaś przed napadem ukazuje się w wielu razach tak samo jak w epilepsyi zwyczajnéj *aura* nie mająca w sobie nic osobliwego i zawsze u téjże saméj osoby jednaka.

Stósunek padaczki do innych zboczeń ze strony układu nerwowego jest dwojaki: albo padaczka występuje sama wyłącznie bez wszelkich innych zboczeń czynnościowych, jak to bywa z początku we wszystkich zresztą przypadkach, albo też łączy się wkrótce lub po niejakim dopiero czasie z innymi przypadami mózgowemi. W pierwszym więc razie kiła mózgowa objawia się tylko napadami epileptycznymi, co trwać może od kilku tygodni do kilku miesięcy a łatwo pojąć, jakie tu są trudności w rozpoznaniu, na którém przecież tak wiele zależy. Jeżeli przeciwnie epilepsyja ulega

zmianie, łączy się ze zboczeniami innego rodzaju a mianowicie zboczeniami psychicznemi i ruchowemi.

Co do pierwszych, są one w ogólności takie, jakeśmy je już poprzednio opisali: ciężkość i zawrót głowy, zamącenie psychiczne, upośledzenie wzroku i słuchu. Zboczenia psychiczne występują w postaci obniżenia energii władz umysłowych, osłabienia pamięci i pojętności, zniechęcenia do pracy, obojętności na rzeczy, które dawniéj chorego żywo obchodziły, opryskliwości i gniewności u osób przedtém wcale łagodnych. Powoli wyrabia się pewna tępota umysłowa, która w dalszym ciągu prowadzi do zupełnego zniedołężnienia umysłowego. W wielu razach przychodzi do objawów szaleństwa. Wszystkie te zboczenia pojawiają się tém rychléj i w tém wyższym stopniu, im napady epileptyczne są częstsze i gwałtowniejsze, w czém oczywiste jest podobieństwo do epilepsyi zwykłéj.

Fournier zwraca uwagę, iż pamięć osłabia się w wielu przypadkach nie tylko ciągle i jednostajnie, lecz jakby skokami tak, iż po każdym napadzie obserwować można widoczne jéj zmniejszenie.

Późniéj przychodzi do zboczeń w ruchach czyli porażeń niezupełnych występujących zazwyczaj niesymetrycznie w twarzy, kończynie jednéj lub drugiéj lub wreszcie w postaci porażenia ręki i nogi po tejże saméj stronie z zajęciem lub bez zajęcia twarzy. Porażenia te z początku są mniej lub więcéj przelotne. Im atoli sprawa chorobowa daléj postępuje, tém porażenia są zupełniejsze i trwalsze.

Wśród takich objawów stan ogólny odżywienia we wielu przypadkach nie ulega zmianie; owszem przekonać się nawet mogłem w jednym razie, że chory ku końcowi coraz większego nabywał apetytu i tył widocznie. W innych przychodzi do powolnego rozwijania się charłactwa w postaci niedokrewności, chudnienia, jedném słowem do ogólnego podupadnienia odżywiania całego organizmu.

Lubo w samym napadzie epileptycznym nie ma nic takiego, po czémby można odróżnić padaczkę zwykłą od kiłowéj, to jednakowoż są zjawiska, które wprawdzie nie z ab-

solutną pewnością, ale z niejakiém podobieństwem do prawdy oświecają nas o kiłowym początku danéj epilepsyi, a temi są zdaniem Fourniera brak krzyku, który zawsze rozpoczyna napad epilepsyi zwyczajnéj i porażenia, które w epilepsyi kiłowéj bezpośrednio po napadzie o wiele częściej występują niż w epilepsyi zwykłéj.

O wiele ważniejszą jest okoliczność, że w przeciwieństwie do zwykłéj padaczka kiłowa występować może częściowo i bez utraty przytomności. Jak wiadomo, w padaczce zwykłéj w czasie napadów chorzy prawie zawsze, choć nieraz bardzo tylko na krótko, tracą przytomność a kurcze występują w całém ciele bez różnicy między jedną a drugą połową. Otóż w kile epilepsyja występuje nieraz w napadzie kurczów ograniczonych do jednéj połowy twarzy lub przynajmniéj do jednéj połowy ciała, którym nie towarzyszy nieznaczna nawet utrata przytomności. Zdarza się atoli, iż nawet w napadach kurczów, w sposób co właśnie wymieniony, ograniczonych przychodzi albo do chwilowego oczywiście, lubo nieznacznego zamącenia przytomności, albo przynajmniéj do utraty mowy bez utraty pojętności.

Pamiętać wszakże należy, że między napadami takiemi a zwykłymi zachodzą rozmaite kombinacyje w ten np. sposób, że napad rozpoczęty bez utraty przytomności w drugiéj swéj połowie prowadzi do jéj utraty, przyczém nieraz kurcze ograniczone do jednéj połowy ciała lub nawet pewnéj jéj tylko części stają się ogólnymi z przewagą atoli zawsze połowy pierwotnie kurczami dotkniętéj. W wyjątkowych razach napadom epileptycznym z zachowaniem przytomności towarzyszą bóle, nawet nieraz gwałtowne w częściach kurczami nawiedzonych.

Stan chorego po napadzie albo jest takim samym, jak po napadzie zwykłéj epilepsyi tj. chorzy przychodzą do zupełnéj przytomności i nie okazują żadnych zboczeń czynnościowych, albo śpią, a obudziwszy się doznają zmęczenia, osłabienia pamięci i ruchów itd., albo nakoniec okazują porażenia wprawdzie zwykle niezupełne, które atoli stają się

coraz wybitniejszemi i mocniejszemi w miarę postępu choroby.

Co do padaczki częściowéj zasługuje na uwagę, że napady jéj występują zawsze u tegoż samego chorego po téj saméj stronie, że łączyć się mogą z napadami epileptycznemi całkowitemi w ten atoli sposób, że napady całkowite są rzadkie a między niemi za to często ukazują się napady epileptyczne częściowe.

Ważném jest pytanie, jakie znaczenie kliniczne i anatomiczne ma padaczka częściowa. Kliniczne znaczenie polega na tém, że napady ograniczone tak, jakeśmy je opisali, prawie nigdy nie pojawiają się w przebiegu padaczki zwykłéj, z drugiéj strony że ograniczenie się kurczów do jednéj połowy ciała dowodzi na podstawie nowszych spostrzeżeń Ferriera, Hitziga, Charcota i innych przyczyny w substancyi korowéj na powierzchni mózgu w wysokości okolicy ruchowéj skroniowociemiennéj. Że zaś zmiany kiłowe w mózgu z upodobaniem graniczącém z wyłącznością zajmują powierzchnią mózgu a zatém i substancyją korową półkul, nic więc dziwnego, że padaczka trafia się tak często jako objaw kiły, ale nie jako objaw rodzaju pewnéj zmiany anatomicznéj, tylko jako objaw jéj siedliska. Jeżeliby nawet wolno nam było puścić się nieco na pole uzasadnionych zresztą przypuszczeń, powiedzielibyśmy, że padaczka kiłowa zostaje w związku z zaburzeniami w krążeniu, jakie pośrednio lub bezpośrednio są następstwem zmian anatomicznych przez kiłę wywołanych. Wiemy bowiem zkądinąd, że w padaczce zwyczajnéj zmiana w napełnieniu naczyń pewnych części mózgu niewątpliwie ma znaczenie dla napadów epileptycznych; wiemy daléj, że w kile przychodzi do zmian w naczyniach tętniczych mózgu, że w substancyi korowéj mamy układ anastomotyczny tętnic; łatwo zatém przyjdzie nam pojąć pewien stopień zaburzenia tamże w krążeniu, jako jego objaw napady epileptyczne a zatém zboczenia czynnościowe przelotne.

Wywody nasze popierają w wielu razach ból głowy poprzedzający padaczkę, odnoszony przez chorych wią-

śnie do okolicy skroniowociemiennéj i przypadki, w których wyrośl kostna na zewnętrznéj powierzchni czaszki w téj okolicy, a zatém prawdopodobnie i wewnętrznéj, w miarę swego wzrostu lub ubytku skutkiem terapii dawała powód do pojawiania się lub znikania napadów, o których mowa.

Tak jak kiłowy ból głowy, twierdzono także, że i napady epileptyczne pojawiają się przeważnie w nocy. Staranniejsze postrzeżenia nie sprawdziły téj okoliczności; owszem przeciwnie twierdzi Fournier, że napad pierwszy we dnie uważa się za pierwszy w ogóle, gdy dokładniejsze wywiedzenie się przekonywa, że były napady nocne bez obudzenia się chorych, ale z pozostawieniem po sobie śladów w postaci oddanego mimowolnie kału lub moczu a nawet wyraźnie wspomina Fournier o chorym, który go radził się względem tego przykrego cierpienia, nie uważając go oczywiście za objaw napadu epileptycznego.

Jeżeli, jakeśmy to właśnie wykazali, między napadem epileptycznym zwykłym a kiłowym nie ma żadnéj istotnéj różnicy, zachodzi pytanie, czy w czasie między napadami ona istnieje. W téj mierze następujące okoliczności zasługują na uwzględnienie: w niektórych przypadkach napady epileptyczne kiłowe występują u ludzi, którzy zresztą żadnych innych objawów ze strony układu nerwowego nie okazują a wtedy nie ma różnicy między ich epilepsyją a epilepsyją zwyczajną. Gdy atoli w epilepsyi zwyczajnéj brakować może długo wszelkich zboczeń między napadami, w epilepsyi kiłowéj scena zmienia się wkrótce, bo ukazują się objawy, które dowodzą, że w mózgu istnieją inne jeszcze zmiany anatomiczne prócz tych, które prowadzą do epilepsyi. Tak bywa najczęściéj od samego zaraz początku ukazania się epilepsyi tak, że w przeciwieństwie do epilepsyi zwyczajnéj chorzy z padaczką kiłową okazują cały szereg zboczeń czynnościowych ze strony mózgu, które według poprzedniego należą do formy nawałowéj: jak ból głowy, zawroty, zboczenia ze strony wzroku i słuchu, porażenia z początku nieznaczne, późniéj coraz wybitniejsze, mianowicie w postaci porażenia połowiczego, zapalenie nerwu wzrokowego. Zboczenia

te potęgują się wraz z epilepsyją w braku terapii antysyfilitycznéj a zatém nie ustępują nawet takim środkom, które w zboczeniach tych samych innéj natury do pewnego przynajmniéj stopnia korzystnie działają.

Nakoniec godnym jest uwagi wiek, w którym pojawia się po raz pierwszy padaczka kiłowa. Gdy epilepsyja zwyczajna występuje już we wczesnym bardzo wieku, w latach dziecinnych, epilepsyja kiłowa nie pojawia się prawie nigdy poniżéj 25 lat, co oczywiście wypływa z czasu, w którym najczęściéj dostaje się kiły pierwotnéj. Można wziąć przeto za zasadę, że każda epilepsyja po 25. roku życia nie jest zwykłą, a jeżeli uda się wykryć jeszcze kiłę, można na pewne spodziewać się, iż ona jest jéj przyczyną, dodajmy od siebie, nawet w przypadkach, w których chorzy zaprzeczają infekcyi a badanie przedmiotowe nie wykrywa śladów przebytéj choroby, bo kiła jest najczęstszą przyczyną epilepsyi, która rozwija się w późniejszym wieku. Zresztą rozumie się samo przez się, że epilepsyją rozpoznajemy tylko wtedy jako syfilityczną, gdy po uwzględnieniu wszelkich okoliczności powyżéj wymienionych i wykluczeniu wszelkich innych zboczeń, któreby mogły być przyczyną, nie możemy nic wykryć, coby dać mogło powód do napadów epileptycznych. Obecność innych objawów kiły przemawia prawie zupełnie pewnie za naturą syfilityczną, ale i w braku ich trzeba każdą epilepsyją uważać za kiłową, dla któréj przyczyny innéj wyśledzić nie można. Nie jestto zapewne stanowisko naukowe, ale stanowisko praktyczne, które daje nam wskazówkę dla terapii, z którą nie można się nigdy ociągać czekając, dopóki się sprawa nie wyjaśni, bo słusznie powiada Fournier, że czekać w takich przypadkach na wyjaśnienie z dalszego przebiegu znaczy tyle, co czekać na autopsyją. Jeżeli nadto energiczna terapija antysyfilityczna okaże się skuteczną, nie ma prawie żadnéj wątpliwości o naturze danéj padaczki. Ostatecznie więc w przypadkach nie zbyt daleko posuniętych, a takie tylko są ciemne, rozstrzyga leczenie.

22. Do mowy trzech ze strony mózgu potrzeba czynników: wpływu psychicznego, ośrodka, na któryby wola działała i ośrodka, któryby przez przeniesienie popędu do ruchu na odpowiednie nerwy prowadzące do narzędzi na obwodzie mógł sprawić artykulacyją. Otóż utratę mowy pochodzącą z nadwerężenia ośrodka, w którym popęd psychiczny przechodzi na odpowiednie włókna ruchowe, zowiemy afazyją. Liczne doświadczenia wykazały daléj, że ośrodek ten ruchowy ma siedzibę swą w tylnéj 3ciéj części trzeciego zwoju czołowego lewego. Nic więc nie ma w tém nadzwyczajnego, że afazyja występuje stósunkowo bardzo często w przebiegu kiły mózgowéj, jako następstwo zmiany anatomicznéj w odpowiedniéj części mózgu.

Czas, w którym pojawia się to zboczenie w czynności, jest rozmaity; w jednych przypadkach afazyja pojawia się bardzo wczas, jako jeden z pierwszych przypadów kiły mózgowéj, w innych bardzo późno po wielu innych już zboczeniach.

Tak samo jak epilepsyja, może afazyja, mianowicie na początku kiły mózgowéj, pojawić się wyłącznie bez innych przypadów, co dzieje się rzadko, lub téż w towarzystwie innych objawów mózgowych i to bywa najczęściéj. W pierwszym razie afazyja występuje zazwyczaj w postaci napadów przelotnych trwających stósunkowo krótko od kilku godzin do kilku minut a nawet i krócéj. W drugim razie towarzyszą afazyi najczęściéj zboczenia odniesione przez nas do formy nawałowéj kiły mózgowéj, jak bóle głowy, zawroty, utrata przytomności lub nagły upadek sił, przelotne zboczenia w czuciu i ruchach albo porażenia ruchu po stronie prawéj, porażenia zwykle mniéj lub więcéj połowicze z objawami lub bez objawów padaczki.

Przyczyna, dla któréj afazyja tak często łączy się ze zboczeniami w ruchach po stronie prawéj, odpowiada najzupełniéj stósunkom anatomicznym i fizyjologicznym i nie ma w sobie nic, coby kiłę wyłącznie odznaczało. Jak wiadomo, ośrodek dla mowy, lubo czynności ustroju ludzkiego na obwodzie symetrycznéj, znajduje się po stronie lewéj w mózgu

w miejscu poprzednio wspomnionêm. W jego pobliżu znajduje się ośrodek ruchowy dla odnóg po stronie przeciwnéj. Taż sama zatém zmiana anatomiczna, która wywołuje afazyją, może przez zajęcie odpowiednich dalszych części mózgu wywołać także i porażenie połowicze. Łączenie się zatém afazyi z porażeniem połowiczém nie jest wyrazem rodzaju, lecz tylko skutkiem miejsca zmiany anatomicznéj i trafiać się może nie tylko w kile, ale i w innych chorobach mózgu jak np. krwotoku lub zatorze odpowiedniéj tętnicy, jeżeli te zajmują konieczną w takim razie część mózgu. Że ten stósunek topograficzny jest rzeczywisty, nie ulega najmniéjszéj wątpliwości właśnie z obserwacyi kiły mózgowéj. Fournier podaje dwa przypadki, z których w jednym cztery, w drugim sześć razy występowała afazyja równocześnie z porażeniem połowiczém. Co więcéj, przez dłuższy czas obserwowałem osobiście chorego, u którego pojawiło się w przeciągu kilkunastu miesięcy kilkadziesiąt napadów przelotnéj afazyi, z których kilkanaście sam widziałem, i zawsze z porażeniem połowiczém nietylko ruchu, ale i czucia po stronie prawéj. Myliłby się atoli bardzo ten, któryby myślał, że tak dzieje się zawsze: owszem afazyja łączyć się może i z innemi zboczeniami jak np. porażeniem mięśniów ocznych, twarzy po stronie lewéj, odnóg dolnych, nawet porażeniem połowiczém po stronie lewéj, jak tego niedawno bardzo wybitny widziałem przypadek w oddziele kol. Pareńskiego.

Te przypadki nie obalają oczywiście teoryi fizyjologicznéj, ale popierają rozpoznanie kiły, bo nie wątpliwie zawdzięczają swój początek kilku ogniskom w mózgu, do których tworzenia, jakeśmy to już wyżéj powiedzieli, kiła tak bardzo jest skłonną.

Jakeśmy właśnie wspomnieli, niekiedy obok porażenia połowiczego przyłącza się do afazyi napad epileptyczny. W jednym przypadku tego rodzaju przeze mnie postrzeganym, chory bez krzyku dostawał naprzód napadu epileptycznego zupełnego, z całkowitą utratą przytomności, po odzyskaniu któréj występowała afazyja wraz z poraże-

niem połowiczém. Epilepsyja ta występowała zawsze na pierwszém miejscu w tryadzie zjawisk przerzeczonych.

Toż samo podaje Fournier o swoich przypadkach. Czy tak bywa zawsze w kile, muszą późniejsze rozstrzygnąć obserwacyje.

Mimo tego upośledzenia lub nawet zniesienia zupełnego mowy, zazwyczaj afazyi nie towarzyszy upośledzenie ruchów języka. Wyjątkowo tylko równocześnie z afazyją ukazuje się porażenie języka, które nawet niekiedy trwa do kilkunastu godzin. Łączenie się tych przypadów polega zapewne na stósunkach anatomicznych ośrodków ruchowych w mózgu. Afazyja występuje najczęściéj nagle i to w napadach powtarzających się od czasu do czasu lub, co rzedziéj, rozwija się powoli łącząc się z innemi zboczeniami ruchowemi i psychicznemi. Pod względem stopnia bywają afazyje nader rozmaite: zupełne, w których chorzy ani jednego słowa wypowiedzieć nie mogą, i niezupełne nader znów między sobą różne, zacząwszy od zasobu kilku wyrazów a skończywszy na lekkiém zacinaniu się w mowie. W wielu razach łączy się afazyja z amnezyją, agrafiją i aleksyją rozmaitych stopni i odcieni. Amnezyja polega na zapomnieniu słów z zachowaniem pojęć do nich przywiązanych. Zdaje się, iż najłatwiéj zapominają się imiona własne. Tak np. w przypadku powyżéj podanym już po minięciu afazyi chory w żaden sposób nie mógł sobie przypomnieć mego nazwiska chcąc, aby po mnie posłano.

Ciekawy podaje przypadek Fournier: aptekarz wyczytawszy na recepcie syrop, który miał w piwnicy, schodzi na dół po niego, lecz tam zapomina nazwiska syropu i nie może przeto wyszukać odpowiedniéj butelki. Wraca zatém na górę do apteki, czyta znów uważnie receptę, schodzi na dół, lecz powtórnie zapomina, czego szuka. Działo się to pięć razy. Zniecierpliwiony zabiera wreszcie receptę do piwnicy i natychmiast odszukuje żądany przedmiot. Agrafija polega na niemożności łączenia znaków pisarskich z wyobrażeniami. Chory więc albo nie pisze, albo co inszego niż to, co ma na myśli. Agrafiją widuje się bardzo rzadko a to dla-

tego, że afazyja łączy się właśnie najczęściéj z porażeniem kończyn prawych a do prób pisania lewą ręką nie łatwo skłonić przychodzi chorych. Aleksyja polega nakoniec na niemożności łączenia wyobrażeń optycznych głosek z odpowiedniemi im wyrazami akustycznemi. Fournier w swéj pracy nie wspomina ani o jednym przypadku. Ja widziałem tylko jeden, w którém po zupełném prawie wyleczeniu porażenia połowiczego zupełnego z zupełną także afazyją pozostało lekkie zacinanie się w mowie i prawie całkowita niemożność czytania tego, co chory zupełnie dobrze rozumiał. Tak np. nie mógł w żaden sposób przeczytać „Czas“, choć po przepowiedzeniu mu tego wyrazu z największą łatwością mógł go powtórzyć. Używanie niewłaściwe mowy, czytania i pisma zowiemy parafazyją, paraleksyją i paragrafiją. Uważaćby je można za niższe stopnie zboczeń czynnościowych dopiero co opisanych tém więcéj, że występują one bardzo często w okresie polepszania się zboczeń cięższych.

Wszystkim tym zboczeniom towarzyszy najczęściéj pewne obniżenie władz umysłowych, różne zresztą co do stopnia w różnych przypadkach.

Rokowanie jest różne: w jednych przypadkach afazyja ustępuje zupełnie, w innych nic prawie, w innych tylko częściowo.

23. Zboczenia umysłowe zajmują względem kiły toż samo stanowisko, co zboczenia czynnościowe dotąd opisane; mają przeto z niemi niektóre znamiona wspólne.

Pierwsze, co zasługuje na uwagę, jest, że zboczenia umysłowe przez kiłę wywołane są częste, nawet bardzo częste i w różnéj formie i stopniu pojawiają się w przeważającéj liczbie przypadków kiły mózgowéj, co niewątpliwie zostaje w związku z okolicznością już przedtém wymienioną, że kiła z upodobaniem zajmuje substancyję szarą półkul mózgowych mianowicie przednich ich płatów. Tak samo jak zboczenia czynnościowe poprzednio omówione, zboczenia umysłowe albo towarzyszą innym przypadom mózgowym i tak bywa najczęściéj albo występują same wyłącznie tak,

że przynajmniéj do pewnego czasu są jedynym prawie objawem choroby.

Pod względem przebiegu i formy chorobowéj podzielić możemy wraz z Fournierem zboczenia psychiczne na powolne z obniżeniem czynności umysłowych a mianowicie osłabieniem pojętności i ogłupieniem, i na występujące mniéj lub więcéj ostro wśród objawów podniecenia mózgu. Pierwsze oddawna nie ulegają żadnéj wątpliwości, drugie, jako o wiele rzedsze, nie są powszechnie jeszcze uznane.

Co do formy pierwszéj, objawia się ona, jakeśmy właśnie wspomnieli, ogólném obniżeniem pojętności i to albo prostém albo połączoném z brakiem logicznego związku.

Obniżenie proste władz psychicznych objawia się ich osłabieniem bez wszelkich objawów obłędu a zatém osłabieniem pojętności, powolniejszém myśleniem, zmniejszeniem uwagi i pamięci przeważnie dla rzeczy i zdarzeń świeższych, brakiem należytego ciągu w myśli, słowie i czynie, niezdolnością do wszelkiéj czynności psychicznéj potrzebującéj jakiegoś wysilenia, łatwém męczeniem się nieznaczną nawet pracą umysłową, z czego wszystkiego pozostają rozliczne kroki fałszywe i sprzeczności w postępowaniu. W wielu bardzo razach chorzy nie mają świadomości swego stanu, w innych przeciwnie sami postrzegają zaszłą zmianę, lecz o jéj doniosłości nie mają należytego pojęcia. Z tém obniżeniem władz umysłowych idzie w parze zmiana usposobienia moralnego dotycząca charakteru, przyzwyczajeń i humoru. Fournier słusznie twierdzi, że zmiany te z łatwych do pojęcia powodów mijają niepostrzeżone w szpitalu, ale tém większą zdaniem naszém grają rolę w praktyce prywatnéj i nie łatwo ujść mogą oku lekarza domowego, który od dłuższego czasu zna swego pacyjenta. Zmiany te w usposobieniu moralném objawiają się w postaci obojętności na to, co dawniéj chorego żywo obchodziło, jak rodzina, sprawy domowe i publiczne, niedbalstwie w ubiorze i w ogólności zachowaniu form zewnętrznych w obec świata, wybuchach gwałtowności, nieraz znacznego nawet podwyż-

szenia popędu płciowego, dla zaspokojenia którego chorzy na nic nie zważają.

Stopień tych zboczeń umysłowych i moralnych nader bywa rozmaity, jak różnemi są bardzo kombinacyje należących tu przypadków. Są przypadki dla niewprawnego nawet i obcego jakby na pierwszy rzut oka widoczne, gdy w innych tylko dokładne bardzo badanie i porównywanie stanu dawniejszego z obecnym może nam dać rzeczywiście jakąś wskazówkę, co ze względów prognostycznych i terapeutycznych oczywiście nader wielkiéj jest wagi.

Z pomiędzy tych zboczeń psychicznych na szczególniejszą zasługuje uwagę i najlatwiéj téż postrzegać się daje utrata pamięci, która w trojaki sposób może ulegać zmianom, tj. albo słabnie powoli jednostajnie albo, jakeśmy to przy epilepsyi podali, jakby skokami po każdym napadzie, albo wreszcie niknie nagle na wzór apopleksyi, czego bardzo pouczający podaje przypadek Fournier, gdzie chory w przeciągu jednéj nocy prawie zupełnie pamięć postradał. Prawie zawsze większemu bez porównania upośledzeniu ulega pamięć rzeczy i zdarzeń świeższych, niż dawniejszych.

Obniżenie władz umysłowych z upośledzeniem logicznego związku objawia się brakiem tego naturalnego łańcucha, jaki łączy wszystkie myśli i czyny człowieka zdrowego. Ludzi takich, którym właśnie brakuje tego łącznika, nazywamy zazwyczaj i to trafnie narwanymi; owoż podobne narwanie pojawia się bardzo często obok osłabienia władz umysłowych w przebiegu kiły; ludzie tacy nie doprowadzają ani myśli ani czynów do końca, lecz przeskakują z jednego przedmiotu do drugiego i popełniają przeto mnóstwo niedorzeczności i kroków fałszywych trudnych nieraz do naprawienia.

Zazwyczaj nie mają świadomości swych słów i czynów; w niektórych razach w chwilach jaśniejszych uznają sami swe niedorzeczności, boleją nad niemi lub je wyśmiewają, lecz wkrótce zwracają znowu do nich.

Inne formy zboczeń umysłowych występują mniéj lub więcéj ostro a są niemi bredzenie, obłęd, szaleństwo.

Nader ważném jest pytanie, po czém można rozpoznać naturę kiłową omówionych właśnie zboczeń umysłowych. Pod tym względem następujące okoliczności zasługują na uwagę:

1. Przed zboczeniami umysłowemi pojawiły się inne przypady mózgowe jak ból głowy, padaczka, porażenia, napad apoplektyczny w sposób już dawniej opisany.

2. Chory przebył poprzednio kiłę i ma może jeszcze w czasie zboczeń umysłowych ślady téj choroby mniéj lub więcéj wyraźne.

Co do pierwszego, jeżeli przed zboczeniami umysłowemi pojawiły się wspomnione przypady czynnościowe ze strony mózgu, jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że jedne i drugie tęż samę mają przyczynę.

Co do drugiego, dwojaki może zachodzić stósunek: albo chory przebył wprawdzie kiłę a nawet może jeszcze teraz okazywać jéj następstwa a mimo tego dane zboczenie umysłowe nie jest skutkiem kiły: po prostu kiła tylko przypadkowo zeszła się ze zboczeniem umysłowem albo kiła jest rzeczywiście powodem zboczenia, o którém mowa. Rozstrzygnienie tego pytania w wielu razach bardzo jest trudne; nawet w razie, gdy z momentów dziedzicznych trzebaby wywodzić dane zboczenie umysłowe, nie można mieć pewności, czy polega ono przecież na kile, tém więcéj, że, jakeśmy to już na początku niniejszéj pracy wspomnieli, usposobienie dziedziczne do chorób nerwowych a w szczególności mózgowych gra niewątpliwie znaczną rolę w etyjologii kiły układu nerwowego. Czekać, by w przebiegu wyjaśniła się etyjologija, żaden lekarz naukowy nie będzie, bo wie: że w kile układu nerwowego na wyjaśnienie czekać znaczy tyle, co czekać na zgubę chorego dopuszczając chorobę do rozwinięcia, którego potém nic już wstrzymać nie zdoła. Nie pozostaje zatém nic innego, jak wyjść z punktu praktycznego i zaordynować terapiję energiczną przeciwkiłową, którą, jeżeli się ją rozsądnie przeprowadza, nigdy prawie rzeczywiście zaszkodzić nie można. Jeżeli pokaże się skutek, będzie prawie pewność, że mamy z cierpieniem kiłowém do czynienia; nie będzie

nie, nie będzie w tym stopniu pewności, że dane cierpienie na kile nie polega.

3. Nakoniec szczególniejszą oczywiście trudność przedstawiają przypadki, w których kiła się objawia wyłącznie i jedynie zboczeniem umysłowém. Jeżeli mamy inne ślady kiły lub anamnezę wiarygodną co do przebytéj kiły, mamy do pewnego stopnia wskazówkę. Takie atoli przypadki są wyjątkowe. Najczęściéj nie mamy się czego trzymać a wtedy z trudności wybrnąć można do pewnego stopnia przez uwzględnienie wszelkich okoliczności, któreby z etyjologii wyłączyć można, bo po nich zostaje tylko kiła, która jest możebną przyczyną zboczenia umysłowego i przypuszczenie któréj daje nam rękojmię a przynajmniéj prawdopodobieństwo większego lub mniejszego skutku odpowiedniéj terapii.

Zboczenia umysłowe, o których mówiliśmy dotąd, albo ustępują całkowicie, co nawiasem mówiąc dzieje się bardzo rzadko, lub przynajmniéj w znacznéj części, albo prowadzą do gorszych następstw a temi są przy przebiegu powolnym niedołęztwo umysłowe, przy szybkim zaś w rzadkich przypadkach śmierć nagła jakby skutkiem apopleksyi lub łączenie się z innemi zboczeniami ze strony układu nerwowego, które prędzéj lub późniéj prowadzą do zakończenia śmiertelnego.

Czy kiła może prowadzić do niedołęztwa umysłowego z porażeniem w ten sposób, by była jego właściwą przyczyną? Ze stanowiska teoretycznego można na to pytanie odpowiedzieć twierdząco: jeżeli bowiem kiła zajmować może każdy odcinek układu nerwowego a nadto szczególniejsze okazuje upodobanie do powierzchni mózgu, niedołęztwo zaś umysłowe jest właśnie przypadem zmiany anatomicznéj w korze półkul mózgowych; nic przeto nie byłoby w tém nadzwyczajnego, że i niedołęztwo przerzeczone mogłoby być objawem kiły mózgowéj.

Ze stanowiska klinicznego już dawniéj uważano, że kiła jest przyczyną usposabiającą do niedołęztwa umysłowego z porażeniem, niektórzy uważali ją za nawet najczęstszą i bezpośrednią przyczynę a Coffin uznawał ją za przyczy-

nę przerzeczonego zboczenia tam osobliwie, gdzie ono występuje wcześniéj niż zazwyczaj, między 25. a 35. rokiem życia.

Zajmując się bliżéj tą kwestyją przychodzi Fournier do wniosku, że stósunek kiły do niedołęztwa umysłowego z porażeniem jest trojaki: naprzód przypadkowy w ten oczywiście sposób, że niedołęztwo umysłowe z porażeniem trafia się także i u kiłowych, którzy oczywiście przez kiłę nie otrzymali listu żelaznego od przerzeczonéj choroby i to bywa ale rzadko; powtóre kiła jest przyczyną usposabiającą do niedołęztwa umysłowego z porażeniem raz przez swe dążności do wiadomych zmian anatomicznych, powtóre, ponieważ jako ciężka choroba prowadząca do ogólnego zakażenia usposabia do chorób nerwowych w ogólności a niedołęztwa z porażeniem w szczególności, nakoniec porażenie przerzeczone może być wprost skutkiem zakażenia kiłowego i zmiany następowéj w pewnych częściach mózgu. W pierwszych dwóch razach mamy do czynienia z niedołęztwem umysłowém u kiłowych, w ostatnim z niedołęztwem umysłowém jako przypadem kiły stojącym na równi z padaczką kiłową, porażeniem połowiczém kiłowém itd.

Jeżeli ten ostatni stósunek kiły do niedołęztwa z porażeniem jest rzeczywistym, trzebaby koniecznie wyszukać coś, coby niedołęztwo umysłowe zwyczajne odróżniało od niedołęztwa kiłowego. Według Fourniera ostatniemu nie towarzyszy mania wielkości, która tak zadowala chorych w zwyczajném niedołęztwie, a jeżeli pojawia się, występuje tylko przelotnie i zazwyczaj w niskim stopniu. W zwyczajném niedołęztwie umysłowém postrzegamy zawczasu drżenie mianowicie wargi górnéj, języka i odnóg szczególnie górnych; przeciwnie w niedołęztwie kiłowém drżenie to jest bardzo rzadkie, występuje tylko chwilowo i w niskim bardzo stopniu. Z postrzeżeniem tém zgadzają się najzupełniéj postrzeżenia moje i Erlenmeyera, który w cennéj pracy o piśmie wywodzi ztąd nawet wniosek, że obok cech właściwych niedołęztwu umysłowemu tak zwyczajnemu jak i kiłowemu pismo u kiłowych nie jest drżące, odwrotnie zu-

pełnie jak u zniedołężniałych umysłowo w sposób zwyczajny, i radzi téż używać pisma do rozpoznania rodzaju i przyczyny choroby, co oczywiście pod względem rokowania i leczenia nader wielkiéj jest wagi. Daléj w niedołęztwie umysłowém zwyczajném porażenia są właściwie tylko pozorne przynajmniéj do pewnego czasu, za czém przemawia nieraz trudność poskromienia wybryków u chorych tego rodzaju; są to raczéj braki koordynacyi i jéj następstwa, gdy przeciwnie w kile mamy porażenia prawdziwe z rzeczywistém upośledzeniem siły mięśniowéj. Daléj w kile porażenia te nader często są tylko częściowe nagabując w sposób szczególniejszy z powodów wiadomych mięśnie oczne zależne mianowicie od nerwu okoruchowego a może jeszcze więcéj mięsień zależny od nerwu odwodzącego. Bardzo częstém jest w niedołęztwie kiłowém porażenie połowicze, któremu towarzyszą wymienione już dawniéj inne zboczenia czynnościowe, jak napady epileptyczne, apoplektyczne, porażenie z początku przelotne, późniéj coraz stalsze a nakoniec zupełnie stanowcze. Tego wszystkiego niedołęztwie zwykłém nie bywa.

Nader wielka jest różnica w przebiegu klinicznym. Niedołęztwo umysłowe kiłowe rozpoczyna się od bólu głowy, bezsenności, do których przystępują późniéj napady apoplektyczne, epileptyczne, porażenia a późniéj dopiero zboczenia umysłowe. Tak bywa najczęściéj. Wprost przeciwnie w niedołęstwie zwyczajném: tam zboczenia umysłowe, w mowie i piśmie są pierwotnemi objawami choroby. Niedołęztwo umysłowe zwyczajne trwa zazwyczaj pewien tylko czas, zwykle 2 do 3 lat postępując w swych przypadach mniéj więcéj według pewnéj kolei, gdy w niedołęztwie umysłowém z kiły przebieg jest zupełnie nieregularny, w każdym prawie przypadku odmienny, przerywany zboczeniami innemi kiłowemi w układzie nerwowym i co do czasu nieokreślony.

W niedołęztwie umysłowém zwyczajném stan ogólny chorych długo nie przedstawia zwykle nic nieprawidłowego, nawet często jest wyborny tak, że chorzy wyglądają świetnie, tyją i odpowiedni temu mają apetyt. Wiadomo to pro-

fanom, że tycie jest złym znakiem prognostycznym w chorobach umysłowych. W niedołęztwie umysłowém z kiły bywa najczęściéj przeciwnie: chorzy okazują charłactwo do pewnego stopnia kile właściwe objawiające się zmienieniem barwy skóry na ziemistą, pewnym rodzajem niedokrewności i ogólném podupadnieniem odżywiania. Od tego atoli bywają wyjątki, jak tego nader wybitny niedawno postrzegałem przypadek.

Nakoniec ważna zachodzi różnica pod względem stósunku do terapii. Niedołęztwo umysłowe zwyczajne jest obecnie prawie całkiem dla terapii niedostępne. Trudném jest także wprawdzie i rzadkiém wyleczenie zupełne niedołęztwa umysłowego kiłowego, ale przecież terapija antysyfilityczna w znanych lubo rzadkich przypadkach doprowadziła do wyleczenia a w innych wstrzymała chorobę na stopniu, z którego już daléj nie postępowała, na stopniu względnego przynajmniéj wyleczenia i znośnego stanu.

Na czém polega ta różnica kliniczna między niedołęstwem zwyczajném a kiłowém, trudno w téj chwili orzec stanowczo; że ma atoli przyczynę materyjalną, wątpliwości żadnéj nie ulega. Tyle wiadomo z anatomii patologicznéj że w niedołęztwie umysłowém zwyczajném główna zmiana anatomiczna znajduje się w mózgu i to w substancyi szaréj półkul a to, co znajdujemy w oponach, jest zmianą podrzędną; w kile jest wprost przeciwnie: zmiana główna tkwi w oponach i dopiero z nich szerząc się na mózg wywołuje w nim zmiany anatomiczne następowe prowadząc do zrośnienia opon z mózgiem, o czém jużeśmy dawniéj wspomnieli.

24. Powiedzieliśmy już dawniéj, że porażenia występują często w przebiegu kiły mózgowéj; zastanówmy się teraz nieco bliżéj nad niemi.

Porażenia są albo pierwszym albo dopiero następowym przypadem kiły mózgowéj. W $^1/_3$ wszystkich przypadków porażenia są pierwszym lub prawie pierwszym objawem kiły mózgowéj, w $^2/_3$ występują dopiero po innych zboczeniach czynnościowych tak że, jakeśmy to już wspomnieli, do każdéj prawie z różnych form początkowych przystąpić mo-

gą i przystępują rzeczywiście nader często porażenia. Dzieje się to tak dobrze z bólem głowy właściwym i afazyją, jak formą nawałową, padaczkową i psychiczną kiły mózgowéj. Można nawet powiedzieć, iż każden prawie przypadek nie leczony lub leczony ze skutkiem niepomyślnym prędzéj czy późniéj prowadzi do porażeń.

Obecnie wypada nam zająć się porażeniami, o ile stanowią pierwotny objaw kiły mózgowéj; zaczynamy od najprostszych tj. od porażenia nerwów mózgowych.

Porażenia nerwów mózgowych liczymy do jednego z najczęstszych przypadów kiły mózgowéj; pochodzi to oczywiście ze stósunków anatomicznych tak kiły, jak i układu nerwowego, a ponieważ punkt ten wyjaśniliśmy we właściwém miejscu już dawniéj, przeto nie potrzebujemy się teraz nad nim zastanawiać.

Przedewszystkiém zasługuje na uwagę, że porażeniom skutkiem kiły nie wszystkie nerwy mózgowe równie często ulegają. Najczęściéj dzieje się to z nerwami ruchowemi oka, rzedziéj z nerwem słuchowym, wzrokowym, twarzowym i podjęzykowym, jeszcze rzedziéj z węchowym i troistym, prawie nigdy ze smakowym, błędnym i dodatkowym Wilizyjusza.

Między nerwami ruchowemi oka znów zachodzi znaczna różnica; najczęściéj ulega porażeniu nerw okoruchowy, bardzo często, lubo przecież nieco rzedziéj, nerw odwodzący, rzadko stósunkowo nerw bloczkowy. Przyczyna tego, że te nerwy tak łatwo ulegają porażeniu przez kiłę, polega na tém, iż one są przedniemi nerwami z mózgu wychodzącemi, a kiła jak wiadomo z upodobaniem szczególniejszém nagabuje przednie części mózgu, powtóre, że przebiegają w długich pasmach na podstawie czaszki, gdzie zmiany tak w oponach jak i mózgu bardzo łatwo prowadzą pierwotnie lub następowo do uciśnienia nerwów, że w szczególności dla nerwu okoruchowego między odnogami mózgowemi z osobliwszém według Broadbenta upodobaniem rozwijają się zmiany kiłowe.

Ponieważ porażenie jest zboczeniem czynnościowém, które stanowi wyraz nie rodzaju, lecz tylko siedliska zmiany anatomicznéj, łatwo przeto pojąć, że porażenia kiłowe same przez się nie mają w sobie nic charakterystycznego, po czémby można poznać ich przyczynę. Objawy ich zatém są takież same, co i porażeń z przyczyn innych. Będą przeto dla nerwu okoruchowego przypadami: opadnienie powieki górnéj, upośledzenie lub zniesienie ruchów gałki ocznéj do góry, na dół i na wewnątrz, rozszerzenie źrenicy, zéz rozbieżny, widzenie podwójne; dla nerwu odwodzącego: zniesienie lub upośledzenie ruchu gałki ocznéj na zewnątrz, zéz zbieżny i znów widzenie podwójne; dla nerwu bloczkowego: widzenie podwójne w kierunku ku górze względem przedmiotów położonych w dolnéj części pola widzenia a dla jéj zrównoważenia pochylenie głowy na dół ku stronie mięśnia porażonego.

Pod względem przebiegu warte uwagi, że porażenia kiłowe mięśniów ocznych powstają najczęściéj nagle wyrabiając się w przeciągu kilku godzin, rzedziéj w kilku dniach dopiero, najrzedziéj w dłuższym przeciągu czasu. Porażenia te raz powstawszy zazwyczaj nie znikają bez odpowiedniéj terapii, lecz coraz są uporczywsze, dopóki wreszcie nie pozostaną nieulecznemi.

Co do stopnia, bywają porażenia zupełne, gdzie żaden ruch mięśniem porażonym nie jest możebny, niezupełne, gdzie ruchomość utrzymuje się do pewnego stopnia, i bardzo lekkie, w których chorzy uskarżają się wprawdzie na widzenie podwójne, lecz zézu nie okazują, przypadki, w których dopiero badaniem szkłami barwnemi można wykryć zboczenie i oznaczyć nerw w swéj czynności upośledzony.

Pod względem rozległości bywają przypadki, gdzie wszystkie mięśnie oczne są porażone, inne, w których porażonemi są tylko mięśnie zależne od jednego nerwu, inne nakoniec, w których tylko pewne gałązki jednego nerwu uległy przerzeczonemu zboczeniu czynnościowemu. Ztąd powstają nader rozmaite odmiany; tak może wystąpić samo tylko opadnienie powieki górnéj, opadnienie powieki górnéj

z porażeniem mięśnia prostego górnego, co bywa częściéj, porażenie mięśnia odwodzącego wyłącznie, samo rozszérzenie źrenicy, porażenie mięśnia prostego górnego z rozszerzeniem źrenicy i opadnieniem powieki górnéj. Ponieważ opadnienie powieki górnéj i rozszerzenie przynajmniéj nie bardzo znaczne źrenicy, z powodu że nie sprawiają ani podwójnego widzenia ani innych dolegliwości, w wielu razach uchodzą uwadze chorych, przeto we wszystkich przypadkach kiły powinno się na ich obecność zwracać uwagę, by przy znalezieniu uważać je za ważny objaw kiły mózgowéj a tém samém za zwiastun grożącego choremu niebezpieczeństwa.

Przyczyna, dla któréj porażenia nie zajmują nieraz całego nerwu, lecz tylko niektóre gałązki, nie jest dotąd wiadomą; być może, że przyczyny takich porażeń tkwią w mózgu, w którym biorą początek nerwy oczne w różnych jego miejscach; łatwiéj to bowiem przypuścić, niż zmianę po wyjściu nerwów z mózgu, gdzie wszystkie gałązki jakiś czas biegną razem i przy ucisku jednakowo mogłyby a raczéj powinny być porażone.

Daléj zauważyć należy, że równocześnie mogą być porażone nerwy różne idące do tegoż samego oka znów w rozmaitych kombinacyjach lub nerwy idące do obydwóch oczu i to w dwojaki sposób: albo nerwy równoimienne np. obydwa nerwy okoruchowe albo różnoimienne np. wewnętrzny prosty jednego oka z odwodzącym czyli zewnętrznym prostym drugiego oka. Może być nawet więcéj niż dwa nerwy porażone. Zresztą rozumie się samo przez się, że i inne nerwy np. twarzowy mogą ulegać porażeniu obok nerwów ruchowych oka.

Lubo porażenia kiłowe mięśniów gałki ocznéj nie mają oczywiście nic charakterystycznego, należy przecież w każdym ich przypadku myśleć o kile; rzeczą jest bowiem niewątpliwą, że największa ich liczba polega na kile i może nie jest przesadném twierdzenie jednego z okulistów francuzkich, że ze 100 przynajmniéj 75 porażeń jest przyrody kiłowéj.

Zdaniem Fourniera nawet w razach, gdzie ani anamneza ani stan obecny nie dowodzą istnienia kiły, należy o niéj myśleć wyjąwszy tam, gdzie można wykryć inne zboczenia mogące być przyczyną porażenia, i to myśleć tém więcéj, im rozleglejszém jest porażenie, im więcéj nagabuje mięśniów i nerwów.

Znaczenie porażenia mięśniów ocznych jest wielorakie. Naprzód porażenia same przez się są ważne, bo upośledzają ważną czynność ustroju, jaką jest widzenie, powtóre dowodzą istnienia choroby, jeżeli nie mózgu, to przynajmniéj prawie zawsze wśród czaszki, a ponieważ są nieraz pierwszym lub przynajmniéj jednym z pierwszych objawów kiły mózgowéj, która jest ciężką chorobą, oznaczają groźne niebezpieczeństwo.

Po nerwach ruchowych oka bez porównania rzedziéj ulega zmianom kiłowym nerw słuchowy, skutkiem których przychodzi do większego lub mniejszego upośledzenia słuchu oczywiście bez zboczeń anatomicznych za życia wykazać się dających. Temu upośledzeniu słuchu towarzyszą inne zboczenia ze strony mózgu, jak ból głowy, zawrót, osłabienie pamięci itd.

O wiele ważniejszemi są zboczenia ze strony nerwu wzrokowego prowadzące do większego lub mniejszego upośledzenia lub nawet wcale zupełnego zniesienia wzroku. Zmiany te czynnościowe występują albo zupełnie osobno przynajmniéj przez jakiś czas, albo, co bywa o wiele częściéj, towarzyszą innym objawom mózgowym tyle już razy wspomnionym, jak bólom i zawrotom głowy, zboczeniom psychicznym, napadom epileptycznym, porażeniom itd. Zdaniem Fourniera upośledzenie wzroku pojawia się równocześnie najczęściéj z bólem głowy, napadami epileptycznemi i wymiotami. Tak samo zresztą jak w porażeniu nerwów ruchowych gałki ocznéj, przyczyna anatomiczna zboczenia w nerwie wzrokowym tkwić może albo w mózgu albo w nerwie po wyjściu z mózgu w przebiegu na podstawie czaszki. Jako przyczynę fizyjologiczną upośledzenia wzroku wykryć można najczęściéj oftalmoskopem w nerwie wzrokowym zapalenie

zanik. Zapalenie jest następstwem ucisku mechanicznego na nerw wzrokowy wywartego lub rozszérzenia się nań zmiany anatomicznéj a objawia się oftalmoskopijnie zaczerwienieniem i obrzmieniem tarczy nerwu wzrokowego, zatarciem jéj granic wyraźnych, rozszerzeniem żył, żwężeniem tętnic, nieraz wynaczynionkami wdłuż naczyń żylnych tak w tarczy jak i siatkówce. Stan ten zapalny prędzéj lub późniéj skutkiem konsolidowania się nowoutworzonych przez zapalenie elementów prowadzi do zaniku nerwu wzrokowego, przyczém jego tarcza nabiera barwy białawéj ze zwężeniem naczyń, przynajmniéj tętniczych.

Oczywistą jest rzeczą, że te zmiany oftalmoskopijne nie mają nic wyłącznego dla kiły i oznaczają tylko zboczenie anatomiczne wśród czaszki a zatém w każdym razie pomijając samo nawet upośledzenie lub zniesienie wzroku chorobę ciężką, którą powinno się leczyć energicznie, jeżeli nie ma przyjść do niepowetowanéj straty dla chorego. Szczegółowego znaczenia dopiero wtedy nabierają zmiany w nerwie wzrokowym, gdy im towarzyszą inne przypady mózgowe, które z większém lub mniejszém podobieństwem do prawdy trzebaby odnieść do kiły.

Na szczególniejszą zasługuje uwagę okoliczność, że zmianom oftalmoskopijnym do pewnego przynajmniéj czasu nie zawsze odpowiada upośledzenie wzroku; są nawet przypadki, że oftalmoskop wykrywa znaczne zmiany a mimo tego chorzy nie uskarżają się na żadne upośledzenie wzroku. Fakt ten, niepodobny dziś jeszcze do wytłómaczenia, nakazuje stanowczo badać oftalmoskopem dno oka u każdego chorego, który w ogólności okazuje jakiekolwiek przypady, nawet bardzo nieznaczne, któreby z rozpoczynającéj się kiły mózgowéj wywodzić należało.

Nerw twarzowy o wiele rzedziéj niż nerw wzrokowy ulega w kile porażeniu. Jakie są objawy porażenia nerwu, o którym mowa, nie ma potrzeby przytaczać. Tyle pewna, że porażenia nerwu twarzowego bywają obwodowe, gdzie np. nerw ulega uciskowi mechanicznemu na podstawie czaszki, ze znanemi cechami, lub ośrodkowe, w których porażenie

twarzy ma toż samo znaczenie, co zwyczajne porażenie połowicze ciała, któremu zresztą, jak o tém wkrótce wspomnimy, często towarzyszy. To pewna, że jedno i drugie porażenie bywa w kile nader często niezupełne, częściowe co do stopnia i rozległości, przelotne lub stałe, ostatnie, jeżeli towarzyszy porażeniu połowiczemu. Mogą być porażonemi także równocześnie obydwa nerwy twarzowe, jak tego sam niedawno jeden postrzegałem przypadek, w którym po stronie prawéj były porażonemi górne a po lewéj dolne gałązki nerwu twarzowego, objaw naturalnie nie tylko uderzający, ale i ważny pod względem rozpoznania przyczyny porażenia.

Co się tyczy innych nerwów mózgowych, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę tylko nerw troisty. Uderzającém jest, że Fournier uważa zboczenia w tym nerwie w przebiegu kiły mózgowéj za rzadkie i wyjątkowe, gdy według moich przynajmniéj spostrzeżeń zboczenia czynnościowe ze strony nerwu troistego nawet byłyby dosyć częste. Bez porównania częstsze są daléj zboczenia czucia niż ruchu. We wszystkich przypadkach zboczenia występowały tylko w jednym nerwie troistym a objawiały się jako bóle nerwowe, częściéj jako upośledzenie lub zniesienie czucia. Tym zboczeniom towarzyszą nieraz porażenia mięśniów ocznych a w jednym przypadku przezemnie i kilku innych kolegów w Krakowie obserwowanym zapalenie oka porażne (*ophthalmia neuroparalytica*), które ustąpiło wprawdzie leczeniu stósownemu, miejscowemu i ogólnemu, ale po którém w lat dopiero kilka pojawiło się porażenie połowicze zupełne jako ważny przypad dyjagnostyczny.

O nerwie podjęzykowym jużeśmy wspomnieli przy afazyi; tu dodać tylko należy, że niekiedy porażenie tego nerwu występuje zupełnie osobno.

Wymioty odnieśćby należało zapewne do cierpienia nerwu błędnego.

Najważniejszém ze wszystkich porażeń w przebiegu kiły mózgowéj występujących jest porażenie połowicze a to dla tego, ponieważ jest najczęstsze, najrozleglejsze na ob-

wodzie, najcięższe i—powiedzmy prawdę—stósunkowo najmniéj dla terapii dostępne.

Porażenie połowicze okazuje się zwykle w epoce bardzo póżnéj choroby, jak o tém przekonywa następna statystyka zebrana przez Fourniera: najczęściéj występuje porażenie przerzeczone między 3. a 18. rokiem od wystąpienia zmiany pierwotnéj a tu znów najczęściéj między 6. a 10. rokiem. Po za tym czasem jest tém rzedszém porażenie połowicze, im się więcéj w jednę lub drugą stronę odeń oddalamy. Postrzegano atoli już przypadki po 20 i 30 latach od początku choroby, jak na odwrót i przypadki, w których porażenie wystąpiło podczas kiły tak zwanéj drugorzędnéj między np. 6. a 19. miesiącem od czasu pojawienia się zmiany pierwotnéj. Takie przypadki zdaniem Fourniera odpowiadałyby zupełnie tym, w których np. na skórze w bardzo wczesnym okresie choroby ukazują się zmiany zazwyczaj póżne jak np. kilaki itd.

Porażenie połowicze jest następstwem upośledzenia lub zniesienia czynności właściwych ośrodków ruchowych, a przyczyna anatomiczna jego w dwojakim stósunku zostaje do kiły: albo jest zmianą kiłową albo jest tylko następstwem zmiany kiłowéj. Mamy zatém porażenia kiłowe połowicze bezpośrednie i pośrednie czyli następowe.

Lubo nad tymi stósunkami zastanawialiśmy się już dawniéj, ze względu na ważność przedmiotu pozwolę sobie jeszcze kilka uwag dorzucić.

Porażenie połowicze jest po prostu tylko zboczeniem czynnościowém, które jest następstwem zmiany anatomicznéj usadowionéj w pewném miejscu w mózgu bez względu na jej rodzaj.

Jeżeli przeto podczas kiły mózgowéj zmiana swoista kiłowa, np. kilak lub właściwe stwardnienie, zajmuje pewną część mózgu, powstaje porażenie połowicze, które, w najściślejszém tego wyrazu znaczeniu, jest kiłowém, bo jest następstwem fizyjologiczném i bezpośredniém zmiany kiłowéj. Jeżeli przeciwnie zmiana kiłowa, np. w oponach, uciśnie tętnicę doprowadzającą krew do téj części, któréj nadweręże-

nic pociąga za sobą porażenie połowicze, wtedy oczywiście to porażenie, jako następstwo z początku nieodżywiania a późniéj rozmiękczenia czyli przerwy w odżywianiu pewnéj części mózgu, nie jest skutkiem bezpośrednim zmiany kiłowéj, ale raczéj skutkiem niedostatecznego lub całkiem wstrzymanego dopływu krwi ze strony zmiany kiłowéj może w odległém miejscu, skutkiem, który pojawi się przy każdém wstrzymaniu dopływu krwi tętniczéj z innych przyczyn np. zatoru tętnicy. W ten sam sposób będzie porażenie połowicze zostawać tylko w pośrednim stósunku do kiły, jeżeli powstało skutkiem opisanych zmian kiłowych w tętnicach i wstrzymanego lub przynajmniéj upośledzonego dopływu krwi do pewnych części mózgu Takie porażenia połowicze zowiemy porażeniami kiłowemi pośredniemi, bo ich przyczyną odleglejszą jest kiła a przyczyną bezpośrednią zmiana anatomiczna, przez kiłę wprawdzie wywołana, ale nie mająca w sobie zresztą nic kiłowego, kile jedynie właściwego.

Przebieg porażenia kiłowego połowiczego jest dwojaki: albo nagły u chorych, którzy przedtém żadnego zboczenia ze strony mózgu nie okazywali albo poprzedzony innemi przypadami mózgowemi. Przypadki drugiego rodzaju są o wiele częstsze.

Do przypadów poprzedzających porażenie połowicze kiłowe liczymy przedewszystkiém ból głowy ze znakami dawniéj już przez nas podanemi, któremi są: nadzwyczajna gwałtowność, pogarszanie się w nocy, opór przeciw zwykłym środkom, długie trwanie.

Co do ostatniego, ból głowy poprzedzający porażenie, o którém mowa, trwa nieraz do kilku i kilkunastu miesięcy w rzadkich tylko razach kilka dni lub na odwrót kilka lat.

Jestto przypad nadzwyczaj ważny, bo częsty i wybitny, który sam przez się szczególniejszą winien na siebie zwrócić uwagę lekarza, a jako zwiastujący nieraz groźne niebezpieczeństwo skłonić go do rychłéj i energicznéj terapii.

Inne przypady są rzedsze, nie tak téż ważne i wybitne, jak: zawrót głowy, ogólne osłabienie, zmniejszenie energii władz psychicznych, bystrości wzroku i słuchu, prze-

mijające osłabienie ruchów w odnogach osobliwie tych, które potém mają być porażone, mrowienie, uczucie zimna, bólu, porażenia lub przynajmniéj niedowład mięśniów ocznych osobliwie tych, które zaopatruje nerw okoruchowy, wymioty, osłabienie pęcherza moczowego i popędu płciowego, pomazania nocne itd. W wielu bardzo przypadkach lekkie i przelotne porażenie połowicze jest poprzednikiem porażenia stałego, które w wielu przypadkach opiera się statecznie wszelkiéj, nawet najenergiczniejszéj terapii.

Porażenie połowicze kiłowe rozpoczyna się albo nagle albo powoli. Najczęściéj nagle i to albo atakiem apoplektycznym z utratą oczywiście przytomności i innemi znanemi objawami, co się dzieje w ogólności w kile mózgowéj bardzo rzadko, albo rażeniem wprawdzie także nagłém ale objawiającém się tylko nagłém osłabieniem wszystkich prawie władz fizycznych bez utraty wszakże przytomności, tak że chory nie tylko z samego zaraz początku uchronić się może łatwo od upadku, ale i najdokładniéj jest w stanie późniéj opisać, w jaki sposób uległ porażeniu.

Jeżeli porażenie połowicze rozpoczyna się powoli, chory z początku czuje tylko osłabienie w jednéj połowie ciała, osłabienie to wzmaga się powoli i prowadzi dopiero po jednóm, dwóch lub trzech dniach do porażenia. W niektórych przypadkach postrzegano występowanie porażenia połowiczego częściami, np. w jednym dniu uległa porażeniu noga, w drugim ręka, w trzecim połowa twarzy itd. Porażenie połowicze raz już wystąpiwszy albo okazuje się zaraz w całéj swéj pełni i odtąd bądź się nie powiększa wcale, bądź nawet z biegiem czasu powoli zmniejsza albo przeciwnie wzmaga się co do stopnia i rozległości.

Pod względem właściwych cech porażenia, o którém mowa, ściśle biorąc nie ma ani jednéj, którąby wyłącznie porażenie połowicze kiłowe odznaczała, jeżeli jednak przypatrzymy się uważnie znaczniejszéj liczbie odpowiednich przypadków, dostrzeżemy między niemi rozmaite przypady częściéj od innych powtarzające się, a zatém lubo kile nie właściwe, przecież w porażeniach kiłowych częstsze niż

w porażeniach połowiczych z innéj przyczyny. Przypadami temi są: pod względem ruchu niezupełność porażenia co do stopnia. Porąźenie kiłowe absolutne jest bardzo rzadkie. W znacznéj stósunkowo liczbie widziałem tylko jedno a i to powoli przemieniło się w porażenie niezupełne. Daléj porażenie bardzo lekkiego stopnia, tak że je zaledwie wprawne oko lekarza dostrzega tém więcéj, że chorzy nie uskarżają się nieraz wcale na niedowład tylko na pewne osłabienie, pewną niezręczność i sztywność w ruchach. Nakoniec porażenie połowicze kiłowe co do rozległości najczęściéj bywa tylko częściowe, nagabując w bardzo nierównym stopniu twarz, odnogę dolną i górną tak, że gdy w jednéj z tych trzech części porażenie może być znacznego nawet stopnia, w innych zaledwie dostrzegać się daje. Według moich postrzeżeń najczęściéj i najmocniéj ulega porażeniu odnoga górna, rzedziéj twarz, najmniéj noga, coby do pewnego stopnia, oczywiście wszakże nie charakterystyczną, stanowiło różnicę od porażenia połowiczego skutkiem krwotoku, gdzie także najmocniéj podlega porażeniu ręka ale za to twarz w niskim zazwyczaj stopniu i na krótki tylko czas okazuje znane powszechnie skrzywienie.

Zboczenia w zakresie czucia nie trafiają się ani tak często ani w tym stopniu, co zboczenia w ruchu właśnie co omówione; w wielu przypadkach nawet ciężkich ukazują się tylko na krótki czas, w innych występują wprawdzie połowiczo, ale nie dosięgają wysokiego stopnia i łatwo przy powierzchowném badaniu ujść mogą uwadze. Rzadko bardzo obserwowano czucie przewrotne, gdzie chorzy ciepło brali za zimno i odwrotnie.

Zboczenia psychiczne towarzyszą najczęściéj porażeniom połowiczym kiłowym; w wielu atoli przypadkach brakuje ich całkowicie. Co do rodzaju są one najrozmaitsze, przeważnie atoli polegają na obniżeniu władz psychicznych jak zmniejszeniu pamięci i pojętności, zmniejszeniu energii i szybkości myślenia, osłabieniu logicznego związku tak między słowami jak i czynami, obojętności na to, co zwykle chorych zajmowało i zajmować było powinno itd.

Zboczenia psychiczne albo poprzedzają porażenie połowicze albo dopiero wraz z niém się rozwijają. Pod względem stopnia przedstawiają nader wielką rozmaitość: gdy w jednych przypadkach nabierają znaczenia ciężkiéj choroby umysłowéj, w drugich są jakby tylko dodatkiem do porażenia, w innych wreszcie tak są nieznaczne, że podpadają uwadze tylko tych osób, które dawniéj dobrze chorych znały, a tém samém mogą ocenić zaszłą w ich życiu psychiczném zmianę.

Prócz tych najrozmaitsze inne jeszcze zboczenia czynnościowe ze strony układu nerwowego towarzyszyć mogą przerzeczonym porażeniom kiłowym; wymienimy tu tylko ważniejsze: opóźnienie w oddawaniu stolca, osłabienie pęcherza moczowego, zniknienie lub zmniejszenie popędu płciowego według moich postrzeżeń częste, porażenie mięśniów ocznych, mianowicie zależnych od nerwu okoruchowego osobliwie mięśnia podnoszącego powiekę górną i zwężającego tęczówkę, skurczenia mięśniów porażonych w odnogach osobliwie w górnéj, porażenie odnóg dolnych jako przypad zmiany w rdzeniu pacierzowym.

Pod względem tak naukowym jak i praktycznym bardzo ważném jest pytanie, czy porażenie kiłowe połowicze ma w sobie coś właściwego, poczémby je poznać i od porażeń połowiczych z innéj przyczyny na pewne odróżnić można. Ponieważ porażenie połowicze, jak każde inne zboczenie czynnościowe w układzie nerwowym, jest wyrazem nie rodzaju, lecz tylko miejsca zmiany anatomicznéj, przeto już z góry w porażeniu połowiczém kiłowém nie można się bezwarunkowo niczego spodziewać, coby temu porażeniu wyłącznie było właściwego, coby je cechowało.

Jeżeli zatém w porażeniu samém nie ma nic, coby mogło wyłącznie należeć do kiły, zapytajmy się, czy w przebiegu czy w zbiorze przypadów czynnościowych towarzyszących porażeniu połowiczemu nie ma czegoś, po czémby z pewnością lub przynajmniéj podobieństwem do prawdy można rozpoznać kiłową naturę porażenia. Pod tym względem uczy doświadczenie, iż przed porażeniem połowiczém ki-

łowém nie zawsze wprawdzie, lecz przynajmniéj bardzo często pojawiają się zboczenia czynnościowe, któreśmy już dawniéj odnieśli do kiły, a temi są ból głowy o pewnych znamionach, porażenia przelotne, napady epileptyczne, objawy, które wprawdzie ukazać się mogą przed porażeniem i z innych przyczyn, które atoli najczęściéj są objawem kiły mózgowéj, a zatém wystąpiwszy przed porażeniem połowiczém nasuwają zaraz podejrzenie kiły.

W samém porażeniu zasługuje na uwagę wystąpienie tego zboczenia bez napadu apoplektycznego, z zachowaniem przytomności lub powolne powiększanie się porażenia, nakoniec jego niezupełność tak co do stopnia jak i rozległości z jednéj strony, a z drugiéj pojawienie się pewnych przypadów, że się tak wyrazimy dla porażenia połowiczego zwykłego zbytecznych, jak mianowicie porażenia mięśniów ocznych, przypadów jakoby rdzeniopacierzowych, co wszystko sprawia, że te porażenia nie są czyste. Jeżeli takie przeto porażenie połowicze porównamy z porażeniami połowiczemi, np. w krwotoku do mózgu lub zatorze tętnicy, pokaże się zaraz w statystyce różnica, bo w tych chorobach porażenie połowicze najczęściéj bywa czyste, co do stopnia swego w różnych częściach porażonych według pewnéj reguły różne: tak stereotypowo powtarza się to, że porażenie ręki jest najcięższe, lżejszém nogi, najlżejszém twarzy. Różnica pod tym względem od porażeń połowiczych zwykłych równie jak obecność przypadów „zbytecznych" bardzo przeto mocno przemawiają za kiłą, która właśnie z powodów swych stosunków anatomicznych, na wstępie do niniejszéj pracy omówionych, może być powodem tak odmiennych porażeń połowiczych.

Daléj za naturą kiłową danego porażenia połowiczego przemawiają poprzednie objawy kiły, obecność innych zboczeń kiłowych, osobliwie w skórze, kościach, jądrach, wiek chorego i do pewnego stopnia leczenie.

Przejdźmy po kolei te okoliczności.

Poprzednie objawy kiły badaniem przedmiotowém zazwyczaj trudne są do wyśledzenia, bo co najwięcéj można

znaleść np. na częściach płciowych tylko ślady i to wątpliwe przebytéj kiły; trzebaby przeto spuszczać się na anamnezę, a co pod tym względem znaczą zapewnienia, zaręczenia, zaklinania się chorych, wiadomo dobrze każdemu lekarzowi praktycznemu. Na poprzednie przeto objawy kiły w rzadkich tylko i wyjątkowych przypadkach można coś rachować.

Bez porównania ważniejsza jest obecność obok porażenia połowiczego innych zmian kiłowych: tylko że ta obecność nie jest tak częsta, jak to podaje Heubner. Na podstawie moich postrzeżeń mógłbym nawet bez przesady powiedzieć, że przypadki porażenia połowiczego obok zmian innych kiłowych są w mniejszości. Tam gdzie są, mamy ważny powód do przypuszczenia, iż dane porażenie połowicze polega na kile, oczywiście uwzględniwszy dokładnie wszystkie inne okoliczności z badania przedmiotowego wypadające; tam zaś gdzie ich nie ma, tak bezwarunkowo na téj tylko podstawie kiły nie wyłączymy. Pamiętać także o tém należy, że porażenie połowicze trafić się może bez wpływu kiły u kiłowego i że zatém obecność innych objawów kiły sama przez się nie wystarcza do uznania za kiłowe porażenia połowiczego.

Szczególniejszego znaczenia jest wiek chorych. Jak wiadomo, zwykłe porażenia połowicze trafiają się najczęściéj w wieku późniejszym, po 50. roku życia. Przyczyna tego zjawiska, dostatecznie przez statystykę stwierdzonego, tkwi w tém, że porażenia połowicze są najczęściéj skutkiem krwotoku do mózgu, a krwotok ten następstwem przedewszystkiém chorobowych zmian w tętnicach, które rozwijają się i doprowadzają do pęknięcia naczynia dopiero w wieku późniejszym.

Porażenia połowicze skutkiem zatoru w tętnicach są rzedsze wprawdzie, ale średnio pojawiają się w wieku wcześniejszym niż krwotoki do mózgu a to dla tego, że są następstwem zazwyczaj wad serca, a te znów skutkiem gośćca stawowego, który wprawdzie pojawia się zazwyczaj poraz pierwszy we wieku młodszym, lecz prowadzi do wad, które są powodem embolii zazwyczaj po jakimś dopiero czasie.

Zresztą wykazanie wady serca odpowiedniéj w porażeniu połowiczém zwykłém przemawia bardzo za emboliją jako przyczyną. Wyłączywszy zatém przypadki jasne za zasadę przyjąć można, że, jakeśmy to już powiedzieli, porażenia połowicze zwykłe rozwijają się dopiero w wieku późniejszym. Otóż wprost przeciwnie dzieje się z kiłą, jak tego dowodzi najlepiéj statystyka przez Fourniera na 60 przypadkach zebrana, według któréj porażenie połowicze wystąpiło 26 razy między 21. a 30. rokiem życia, 25 razy między 31. a 40. rokiem życia, 7 razy między 41. a 50. r. a tylko 2 razy w 58. roku a zatém z porażeń połowiczych kiłowych przypada 85% przed 41. rokiem życia wtedy, kiedy porażenie połowicze zwykłe liczy się do wyjątków. Słusznie téż mniema Fournier, że każde porażenie połowicze przed 45. rokiem życia najpodobniéj do prawdy polega na kile i to tém więcéj, im młodszym jest chory niém dotknięty.

Ostatnia okoliczność nakoniec: wpływ terapii ma także pewne znaczenie dyjagnostyczne, lubo nieco *post festum*. Jeżeli terapija antysyfilityczna skutkuje, podejrzenie kiły nabywa wielkiego podobieństwa do prawdy a to z następujących powodów: porażenia połowicze zwykłe polegają ostatecznie najczęściéj na zniszczeniu anatomiczném pewnéj części mózgu, a następnie zniesieniu jéj czynności fizyjologicznéj. Tak bywa najczęściéj i przy krwotoku do mózgu i przy zatorze tętnicy. Porażenie połowicze przeto jest objawem po prostu zniszczenia pewnéj partyi mózgu. Wpływ więc terapii w takich przypadkach jest stósunkowo bardzo mały i doświadczenie uczy, że porażenia takie zostawione samym sobie albo zupełnie takiemi samemi nadal zostają, jakiemi były od początku, albo zmniejszają się do pewnego stopnia tak co do mocy jak i rozległości, ale doszedłszy raz do pewnego, względnego bardzo polepszenia, wreszcie statecznie opierają się wszelkiéj terapii, co łatwo pojąć zważywszy na zmianę anatomiczną. Inaczéj rzecz się ma z porażeniami połowiczemi kiłowemi: jeżeli one są następstwem i wyrazem bezpośrednim zmiany kiłowéj, dostępne są terapii zarówno ze zmianami kiłowemi w innych organach; dla tego skute-

czność leków przeciwkiłowych nie możebna np. przeciw zniszczeniu mózgu, czy przez krwotok czy przez przerwę w odżywianiu skutkiem zatoru w tętnicy, może się świetnie objawić w porażeniach kiłowych właściwych, a tém samém obok innych okoliczności przemówić mocno za naturą danego przypadku. Tyczy się to atoli tylko porażeń połowiczych wywołanych bezpośrednio przez zmianę kiłową; porażenia na pozór takież same, lecz wywołane dopiero przez następstwa zmiany kiłowéj, nie różnią się niczém od porażeń zwykłych i dzielą z niemi smutny przymiot niedostępności dla obecnéj terapii. Nakoniec bywają i takie przypadki, gdzie zmiana bezpośrednia kiłowa opiera się stanowczo nawet najenergiczniejszemu leczeniu antysyfilitycznemu.

Omówiwszy w ten sposób wszystkie, godne w téj sprawie uwzględnienia okoliczności zapytajmy się teraz ostatecznie, czy porażenie połowicze kiłowe można jako takie za życia rozpoznać? W odpowiedzi na to pytanie trzeba dwie strony mieć na oku: naukową i praktyczną. Co do naukowéj, to z uwagi, że zboczenia czynnościowe w kile nie są, jakeśmy to już tyle razy oświadczyli, skutkiem rodzaju, lecz tylko usadowienia zmiany anatomicznéj, że zatém nie mają i nie mogą w sobie nic mieć charakterystycznego, że nawet ich kombinacyje nie są również kile wyłącznie właściwe, że zmiana anatomiczna w kiłowém porażeniu połowiczém nie jest za życia tak dostępna obserwacyi, jak nią jest np. zanik właściwy nerwu wzrokowego w wiądzie pacierzowym, że wiek chorego nie jest czynnikiem mogącym rozpoznanie na jednę lub drugą stronę stanowczo rozstrzygać, że i na skuteczność lub nieskuteczność terapii nie można bezwarunkowo rachować, bo przecież i porażenia połowicze zwykłe, jeżeli polegają nie na zniszczeniu, lecz tylko na rozsunieniu lub chwilowéj przerwie odżywiania pierwocin nerwowych, mogą po, lecz nie skutkiem terapii antysyfilitycznéj zmniejszać się lub znikać, przyjdziemy do przekonania, że rozpoznanie porażenia połowiczego jako kiłowego ze stanowiska ścisłéj nauki i z matematyczną pewnością nie jest możebne. Inaczéj rzecz się ma ze stroną praktyczną. Kto dokładnie zwa-

ży wszystkie okoliczności towarzyszące porażeniu połowiczemu a powyżéj, jak mniemam, dostatecznie omówione, kto w rozpoznaniu widzi nie czczą i niepłodną zabawkę naukową, lecz skazówkę dla terapii, kto uwzględni, że w przypadkach grożnych, jakiemi są bez wątpienia objawy kiły, nie należy czekać, lecz brać się gorliwie do ratowania chorego wiedząc, że czekać znaczy tyle, co nic nie robić a raczéj gubić pacyjenta, ten oddając cały hołd nauce pójdzie za głosem potrzeby praktycznéj, trzymać się będzie tego, co jest najpodobniejszém do prawdy i zastósuje energiczną terapiją, w danym przypadku antysyfilityczną a skutek terapii, jakkolwiek może i teraz sprawy umiejętnie nie wyjaśni, będzie najlepszym, choć tylko praktycznym dowodem bystrości lekarza. Jak wszędzie, tak i tu szczególniéj, gdzie rozpoznanie nie jest absolutnie pewne, trzeba się trzymać tego, co jest najpodobniejsze do prawdy osobliwie, jeżeli nam daje jedyną w porażeniu połowiczém niewątpliwéj i wielkiéj wartości skazówkę terapeutyczną.

25. Z ogólnych to stósunków anatomicznych kiły układu nerwowego wypływa, że formy kiły mózgowéj, jakkolwiek w wielu bardzo przypadkach zbliżają się do wzorów, któreśmy co właśnie opisali, w wielu innych przecież przedstawiają najrozmaitsze i, dodajmy do tego, dla innych chorób niezwykłe a przynajmniéj rzadkie kombinacyje zboczeń czynnościowych; na tém to polegają formy mięszane.

W innych razach przypady chorobowe nie są wyraźne, lecz z powodu niskiego swego stopnia a nieraz i przelotności chwiejne tak, że odniesienie ich do właściwéj przyczyny jest nader trudne, jeżeli nie wystąpi w organizmie coś, coby z niejakiém przynajmniéj podobieństwem do prawdy pozwoliło odnieść je do kiły.

Daléj zasługują na uwagę formy skomplikowane, gdzie mamy zboczenia czynnościowe, które według ogólnych zasad dyagnostyki odnieśćby należało do rozmaitych odcinków układu nerwowego: mózgu, rdzenia pacierzowego i nerwów na obwodzie. Taką np. formę mięszaną przedstawia jeden z moich obecnie chorych, gdzie wystąpiło ogólne obniżenie

władz umysłowych, obok tego porażenie mięśniów ocznych, porażenie nerwów twarzowych z jednéj strony w górnych, z drugiéj w dolnych gałązkach, porażenie jednéj odnogi dolnéj, osłabienie pęcherza moczowego i prawie zupełna impotencyja.

Ponieważ daléj kiła może nagabywać każdą część mózgu a zboczenia czynnościowe są, jakeśmy już tyle razy powiedzieli, następstwem zmiany anatomicznéj według jéj miejsca, przeto nic dziwnego, iż obok opisanych jako najczęstszych występują inne zboczenia jako rzadkie kombinacyje, objawy kiły mózgowéj mające nieraz nader wielkie podobieństwo do chorób nerwowych za odrębne zupełnie uważanych. Do takich objawów rzadkich kiły policzyć należy ataksyję, pląsawicę, atetozę, porażenie opuszkowe, zwiększenie pragnienia i oddawania moczu, moczówkę cukrową, białkomocz, zboczenia w narządzie krążenia. Kiłową naturę tych zboczeń wywodzimy z pojawienia się ich u ludzi kiłą dotkniętych nieraz po, wraz lub przed innemi przypadami kiły i ze skutków leczenia.

Co do stanu ogólnego, ludzie zboczeniami kiłowemi ze strony mózgu dotknięci w wielu przypadkach nie podupadają pod względem ogólnego odżywienia; najczęściéj atoli okazują wybitne i postępujące ciągle charłactwo objawiające się niedokrewnością, barwą brudno ziemistą skóry, ogólném osłabieniem.

26. Na zboczeniach czynnościowych dotąd przez nas opisanych zazwyczaj nie kończy się kiła mózgowa; wypada nam przeto zastanowić się nad dalszym stanem chorych.

Naprzód uwzględnić należy stósunek terapii do kiły mózgowéj, który jest trojaki: pomyślny, średni i niepomyślny. W stósunku pomyślnym leczenie swoiste prowadzi do zupełnego wyleczenia chorych, w stósunku średnim otrzymujemy przez leczenie właściwe ograniczenie choroby w pewnym okresie do jakiegoś stopnia tak, że pozostaje już nie choroba, ale tylko stan chorobowy niedostępny wprawdzie dla leczenia, który atoli już nie postępuje i co najwyżéj tylko upośledza pewne funkcyje. Tak bywa mianowicie z wieloma pora-

żeniami i zboczeniami psychicznemi, które zostają nie zagrażając daléj życiu i zdrowiu chorego. W stósunku niepomyślnym choroba mimo leczenia nawet energicznego postępuje daléj, ale i w tych przypadkach według doświadczenia terapija opaźnia przynajmniéj bieg a tém samém oddala niebezpieczeństwo, chociaż go oczywiście nie usuwa. Przypadki nakoniec, w których leczenie nic, bezwarunkowo nic nie skutkuje, są bardzo rzadkie.

Nad dalszym przebiegiem tych przypadków, które albo całkiem dla leczenia nie są dostępnemi albo w których leczenie z jakichbądź powodów nie rozwinęło pożądanéj skuteczności, wypada się teraz zastanowić.

W takich przypadkach przychodzi do objawów mózgowych świadczących o całkowitéj zmianie destrukcyjnéj t. j. rozmiękczeniu, którego objawy są dwojakie: jedne ograniczają się do zboczeń czynnościowych tych samych, które kiła mózgowa okazywała w końcu swego postępu, a że te zboczenia mają charakter ogniskowy, więc i te objawy następowe mają znaczenie także ogniskowe i świadczą o zmianie ograniczonéj w mózgu; drugie przeciwnie dowodzą rozszérzania się zmiany anatomicznéj, przezco oczywiście zmienia-się i to znacznie postać choroby.

Do takich zboczeń czynnościowych, ogniskowych liczymy przedewszystkiém porażenia nerwów mózgowych i porażenia połowicze, które przy odpowiedniéj terapii lub bez niéj nabierają znaczenia stanu chorobowego a opierając się stanowczo wszelkim usiłowaniom leczniczym nie ulegają żadnéj dalszéj zmianie i prócz upośledzenia pewnych funkcyj zresztą organizmowi nie szkodzą. Padaczka, afazyja i zboczenia psychiczne nader rzadko zostają *in statu quo*, lecz prowadzą do ciężkich zboczeń następowych.

Jeżeli zaś przeciwnie zmiana chorobowa tracąc swój charakter ogniskowy rozszérza się w mózgu, wtedy naturalnie rozszérzają się i mnożą jéj przypady w ten sposób, że różne objawy łączą się razem lub ukazują się nowe nigdy przedtém nie byłe. O niektórych kombinacyjach tego rodzaju mówiliśmy poprzednio i wykazaliśmy mianowicie, iż

kiła, lubo z upodobaniem rozpoczyna się od pewnych, ściśle oznaczonych, niby lżejszych zboczeń czynnościowych, grających rolę jakoby zwiastunów, po których dopiero następują inne cięższe zboczenia, to przecież w wielu przypadkach rozpocząć się może i rzeczywiście rozpoczyna odrazu od przypadów ciężkich. Tak np. wiadomą jest rzeczą, iż ból głowy, bezsenność, zawroty, przelotne porażenia w wielu przypadkach są poprzednikami napadów epileptycznych, trwałych porażeń, zboczeń umysłowych, gdy w innych zmiana chorobowa odrazu i bezpośrednio może się odsłonić padaczką, napadami apoplektycznemi, zboczeniami psychicznemi, afazyją, porażeniem połowiczém itd. Otóż czy w ten czy w ów sposób przebiega kiła mózgowa, objawy przedtém proste komplikują się, bo do przypadów pierwotnych z biegiem czasu przyłączają się inne. Tak np. do napadów epileptycznych przystępują zboczenia umysłowe, porażenia połowicze, napady apoplektyczne, do zboczeń psychicznych zboczenia w sferze ruchu i czucia, padaczka, do porażeń nowe porażenia, utrata pamięci, mowy, padaczka, apopleksyja.

Jakie są dalsze następstwa z postępu choroby i łączenia się rozmaitych przypadów w coraz wyższym stopniu, łatwo naprzód odgadnąć. Przypadki, które od siebie z początku nieraz całkiem były odmienne, z biegiem czasu i uogólniania się choroby stają się coraz sobie podobniejszemi, przezco powstaje zadziwiająca jednostajność obrazu do pewnego stopnia. Zastanówmy się teraz nad szczegółami tego obrazu.

27. Zboczenia czynnościowe w nim możemy na dwie główne podzielić gromady: zboczenia co do ruchu i zboczenia psychiczne, które występują osobno albo razem z poprzedniemi.

Co do zboczeń w ruchu, są to oczywiście porażenia: w postaci bądź porażenia połowiczego, bądź porażeń mięśniów ocznych, bądź co najrzedziéj, porażenia połowiczego twarzy.

Najważniejszém z nich jest naturalnie porażenie połowicze, które w rozmaity sposób zachowuje się względem te-

rapii W rzadkich przypadkach ustępuje nawet i w tym okresie choroby, o którym mowa, zupełnie bez śladu; najczęściéj ustępuje tylko do pewnego stopnia zostawiając po sobie albo wyraźny niedowład mianowicie w odnodze górnéj albo przynajmniéj pewną niezręczność, pewne utrudnienie ruchów delikatniejszych albo wreszcie opierając się stanowczo wszelkim usiłowaniom leczniczym pozostaje stale i niezmiennie na przyszłość.

Zboczenia psychiczne pod pewnym względem stanowią analogiją do porażeń co właśnie opisanych. Jak przed porażeniami w wielu bardzo razach występują przypady dowodzące zadrażnienia części ruchowéj układu nerwowego, tak samo na odwrót zboczenia psychiczne w przerzeczonym okresie choroby, jakkolwiek z początku mogły występować w postaci podniecenia, teraz ostatecznie prowadzą do obniżenia czynności umysłowych: do tępoty i ogłupienia. I w tym jeszcze okresie może przyjść do wyleczenia a dzieje się to w ogólności tém łatwiéj, im więcéj jest objawów podniecenia, gdy przeciwnie przypadki, gdzie zaraz z początku mamy do czynienia z obniżeniem władz umysłowych, są bez porównania trudniejsze do wyleczenia i przebiegają zwykle niepomyślnie. W ogólności słusznêm zupełnie i zgodném z doświadczeniami innych i naszém jest twierdzenie Fourniera, że zboczenia psychiczne w przebiegu kiły mózgowéj są ciężkim bardzo objawem a to z dwóch powodów: raz ponieważ same przez się są ważnym przypadem, powtóre, ponieważ nie dozwalają zazwyczaj na pomyślne rokowanie. W lekkich przeto nawet przypadkach trzeba z rokowaniem nader być ostrożnym pamiętając, że i takie zazwyczaj przebiegają niepomyślnie.

Pod względem stopnia trzy rodzaje można odróżnić zboczeń psychicznych: w pierwszym najniższym jest lekkie osłabienie władz umysłowych. Chorzy tacy są zdolni wprawdzie do dawnego swego zawodu i na pozór nie okazują żadnego zboczenia chorobowego a przecież przy dokładniejszém badaniu ich słów i czynów mianowicie przez tych, którzy ich dawniéj znali, okazują widoczne osłabienie ener-

gii władz psychicznych, zmniejszenie pamięci, pojętności, zdolności do pracy umysłowéj. W stopniu drugim zboczenia są wybitniejsze; chorzy nim dotknięci nie popełniają wprawdzie żadnych czynów niedorzecznych, ale robią wrażenie dzieci, które trzeba na każdym kroku prowadzić; zazwyczaj więc nie mogą oddawać się swemu zawodowi. W ostatnim i najwyższym stopniu władze psychiczne jeszcze większy okazują upadek: chorzy stają się apatycznymi, niezdolnymi do pojmowania nieraz rzeczy najprostszych, nie myślą prawie o niczém, mówią bardzo mało i to w sposób dowodzący braku świadomości o tém, co ich otacza, nie trudnią się niczém, lecz siedzą nieczynnie przez dzień cały lub niby czytają prawie atoli nic z tego nie rozumiejąc.

Najczęściéj zboczenia psychiczne łączą się ze zboczeniami w zakresie ruchów i tworząc obraz albo rozmiękczenia chronicznego mózgu albo niedołęztwa umysłowego z porażeniem stanowią dwie ostateczne formy kiły mózgowéj.

Nad dwoma temi formami chorobowemi nie potrzebujemy się bliżéj zastanawiać a to dla tego, że chociaż powstały z kiły, nie mają w sobie nic charakterystycznego i nie różnią się niczém od rozmiękczenia po porażeniach np. połowiczych i udarach, tudzież niedołęztwa umysłowego zwyczajnego z porażeniem. Przyczyna tego tkwi w tém, że tak jedno jak i drugie zboczenie chorobowe nie jest skutkiem bezpośrednim kiły a polega na zmianach anatomicznych najpodobniéj do prawdy prostych, od kiły tylko pośrednio zależnych. Jestto zarazem dowodem, że kiła mózgowa rzadko zabija bezpośrednio przez właściwe sobie zmiany anatomiczne i że powodem zakończenia śmiertelnego są raczéj zboczenia pośrednio tylko od kiły zależne.

28. Jeżeli choroba doszła do okresu co właśnie opisanego, zakończenie się sprawy być może trojakie:

1) Chorzy żyć mogą i żyją z upośledzoną czynnością mózgu, jeżeli tylko zmiana anatomiczna nie nagabuje części do życia nieodzownie potrzebnych.

2) Albo umierają skutkiem zmian następowych, zapalnych lub ischemicznych w sąsiedztwie zmian pierwotnych,

w postaci bądź udaru bez lub z porażeniem połowiczém i śpiączki, bądź licznych napadów epileptycznych, z których nie wychodzą, z następową śpiączką, bądź skutkiem powolnego gaśnienia czynności żywotnych wśród śpiączki, bądź wśród objawów ostrego zapalenia mózgu i opon, bądź nakoniec skutkiem charłactwa lub odleżenia się.

3) Albo wreszcie umierają z przypadkowych chorób np. tyfusu, a najczęściéj ze zapalenia płuc.

Co do przebiegu, kiła mózgowa zostawiona saméj sobie postępuje naprzód powoli, lecz ciągle objawiając się przypadami coraz cięższemi.

Średnio biorąc stan taki trwa dwa lata.

Od tego zwykłego przebiegu atoli liczne napotykamy wyjątki I tak w niektórych przypadkach sprawa postępuje o wiele szybcéj tak, że w przeciągu kilku miesięcy przychodzi do zakończenia śmiertelnego. W innych po przypadach bardzo nieznacznych, które nieraz nie skłoniły nawet chorego do szukania pomocy lekarskiéj, przychodzi nagle i niespodziewanie do ciężkich przypadów mózgowych, które nader prędko zakończają życie lub po przypadach wcześniejszych, mniéj więcéj lekkich, trwających czas jakiś występują nagle groźne zjawiska i prowadzą do niepomyślnego końca. Tutaj to odnieść należy przypadki śmierci nagłéj z kiły, gdzie autopsyja nader często nie wykrywa żadnej bezpośredniéj przyczyny zakończenia tak niepomyślnego. W rzadkich razach przychodzi do zapalenia mózgu i opon tak, że chorzy giną wśród gorączki a przy autopsyi znajdujemy świeżą sprawę zapalną i dawne twory chorobowe będące jéj przyczyną.

Niekiedy zamiast powolnego postępu można widzieć przebieg jakby skokami: tj. pewne przypady wystąpiwszy raz ustępują w całości lub w części lub zostają bez zmiany i dają powód do stanu chorobowego, który napozór nie okazuje skłonności do pogorszenia się, gdy nagle nowe ukazują się zjawiska, znikają lub pokazują się na nowo, poczém znów pauza w przebiegu, nieraz nawet z polepszeniem itd. To niedoświadczonych uwodzi skłaniając ich do rokowa-

nia pomyślnego, które nieraz skutkiem wystąpienia nagłego nowych, ciężkich i niespodziewanych przypadów okazuje się grubą pomyłką. Nie trzeba też zdaniem naszém kile mózgowéj nigdy dowierzać, nawet wtedy, gdy przypady jéj same lub pod wpływem terapii ustępują, bo i w takich razach nierzadko po latach pomyślnych lub znośnych przychodzi do powrotu dawnych lub okazania się nowych, ciężkich i niebezpiecznych przypadów, które nagle całą scenę zmieniają i tam, gdzie się tego najmniéj można było i należało spodziewać, nader groźne zwiastują niebezpieczeństwo.

V.

29. Zakończenie kiły mózgowéj bywa trojakie: śmierć, wyzdrowienie niezupełne i wyzdrowienie zupełne.

Wyzdrowienie niezupełne nastąpić może z pozostawieniem albo ciężkich albo lekkich zboczeń chorobowych.

Co do zmysłów, najważniejszą acz smutną rolę dostały dwa najszlachetniejsze i do życia psychicznego najpotrzebniejsze zmysły tj. słuch i wzrok.

W zakresie słuchu przyjść może do zupełnéj utraty lub przynajmniéj znacznego upośledzenia tego zmysłu. Na szczęście przypadki tego rodzaju lubo zdaniem F o u r n i e r a nie bardzo rzadkie, dotyczą jednego tylko ucha.

Gorzéj ma się rzecz ze wzrokiem. Tu przyjść może skutkiem opisanych już zboczeń w nerwie wzrokowym do zupełnéj utraty wzroku i to na obydwóch oczach. F o u r n i e r przerażający naprawdę opisuje przypadek, w którym kiła mózgowa w formie ciężkiéj ustąpiła prawie zupełnie przed stósowném leczeniem zostawiając po sobie jedyną prawie pamiątkę dla chorego na całe życie tj. zupełną i niepowetowaną utratę wzroku na obydwóch oczach.

W sferze ruchów zostają nierzadko porażenia w wysokim stopniu czynność organizmu upośledzające lub w pewnym zakresie nawet zupełnie ją znoszące a temi są osobliwie porażenia połowicze.

Pod względem życia psychicznego nierzadko pozostaje niedołęztwo umysłowe wyższego stopnia mogące trwać i kilkadziesiąt (w jednym np. przypadku 35) lat po ustąpieniu wszelkich innych objawów kiły.

Do wyzdrowienia z pozostawieniem lżejszych zboczeń czynnościowych liczymy wszystkie te przypadki, które kończą się pozostawieniem objawów czynności fizyjologiczne organizmu nie bardzo znacznie upośledzających. Tu należą osłabienie bystrości słuchu i wzroku, lekkie porażenia, niedowłady w odnogach, twarzy, mięśniach ocznych, zacinanie się w mowie, osłabienie energii władz psychicznych, pojętnosci, pamięci, pewne zobojętnienie względem świata itd. Cięższe przypadki z téj gromady stanowią powolne przejście do gromady pierwszej, lżejsze zaś do wyzdrowienia prawie zupełnego mianowicie, jeżeli pozostałości są tak niskiego stopnia, iż łatwo ujść mogą uwadze lekarza, który, jak to osobliwie tyczy się ruchów i sfery psychicznéj, nie zawsze może chorego ciągle obserwować.

Wyzdrowienie zupełne polega oczywiście na powrocie zupełnym do stanu fizyjologicznego. Przypadki takie przy uważném i bezstronném badaniu nie są może zdaniem naszém tak częste, jak to podaje Fournier, zawsze atoli są niewątpliwe. Pod względem zakończenia tak pomyślnego następujące okoliczności zasługują na uwagę:

1) Naprzód są przypadki, jak kiły w ogóle tak kiły mózgowéj w szczególności, że tak powiem dobrotliwe, gdzie wprawdzie zboczenia chorobowe są dosyć nieraz ciężkie, ale energicznéj terapii ustępują trwale i całkowicie.

2) Im kiła tkwi dłużéj w organizmie, im wzięto się późniéj i słabiéj do właściwego leczenia, im zboczenia mózgowe więcéj wikłają się ze sobą a tém samém dowodzą istnienia wielu ognisk chorobowych, im więcéj w sferze psychicznéj objawy przytłumienia przeważają nad objawami zadraźnienia, tém mniéj spodziewać się należy zupełnego wyzdrowienia.

3) Też same zboczenia czynnościowe ze strony mózgu, jeżeli ich przyczyną jest kiła, łatwiéj dadzą się usunąć

odpowiednią terapiją, niż jeżeli polegają na zmianie anatomicznéj innego rodzaju. Pod tym względem terapija antysyfilityczna, w szczęśliwych razach trafnie zastósowana, nierzadko prawdziwych jakoby cudów dokazuje w przypadkach nieraz nader ciężkich i powikłanych, nawet i zadawnionych. O kile słusznie można powiedzieć: *nil desperandum*, chociaż znów z innéj strony nie można zbyt różowym oddawać się nadziejom, na co w dalszym ciągu osobno jeszcze zwrócimy uwagę.

30. Zapytajmy się teraz statystycznie, jaki jest koniec kiły mózgowéj. Ponieważ obecnie nie rozporządzamy w téj mierze żadnym większym materyjałem, zadowolimy się tymczasem statystyką, jaką nam podaje Fournier z własnéj praktyki.

Owóż na 90 przypadków dokładnie obserwowanych wypadło zakończonych śmiertelnie 14 czyli przeszło 15·5%, zakończonych z pozostawieniem ciężkich zboczeń czynnościowych 33 czyli 36·7%, z pozostawieniem lżejszych zboczeń 13 czyli 14·4, wyleczonych zupełnie 30 czyli 33·3%. Przyjmując tę statystykę, w braku opartéj na większym materyjale, wypada, że kiła mózgowa jest ciężkiém następstwem choroby infekcyjnéj, któréj ludność tak słusznie się obawia, gdyż wyleczenia zupełnego lub niezupełnego z pozostaniem lżejszych zboczeń mamy 29·9%, gdy śmiertelność i zakończenie z ciężkiém nadwerężeniem organizmu wynosi 70%. Prawdopodobnie atoli statystyka w rzeczywistości jest nieco korzystniejszą, jeżeli się zważy na następne okoliczności:

1) W przypadkach powyższych mieszczą się także zadawnione, daleko posunięte, ze zmianami następowemi, gdzie już z góry żadnego pomyślnego rezultatu oczekiwać w żaden sposób nie było można.

2) Przypadki, których użył Fournier do swéj statystyki, są jedynie takie, w których co do rozpoznania nie było w granicach dyjagnostyki lekarskiéj żadnéj wątpliwości; ale ileż to mamy takich chorych, u których podejrzywamy tylko zmianę kiłową w mózgu, poddajemy ich lecze-

niu właściwemu ze skutkiem pomyślnym a ci to chorzy oczywiście do statystyki ściśle naukowéj nie wchodzą, jakkolwiekby ją niewątpliwie znacznie co do rokowania złagodzili.

Tak atoli czy inaczéj zapatrując się na powyższą statystykę zawsze ostatecznie dochodzimy do wniosku, że kiły mózgowéj lekceważyć nie można, a ponieważ wybucha ona w przypadkach lekkich jak i ciężkich zakażenia kiłowego, prawdopodobnie częściéj nawet w lżejszych, ztąd więc wypada konieczność jak najstaranniejszego leczenia kiły z samego początku zaraz tam nawet, gdzie nieznaczne mamy przypady. Nie trzeba się téż wcale spuszczać na skuteczność w swym czasie dzielnych zresztą leków antysyfilitycznych jak rtęć i jod, bo pamiętać należy, że i te środki mają granice swego działania i w przypadkach zaniedbanych, gdzie przyszło do kiły mózgowéj, bardzo często działają wcale niedostatecznie. Za tém zdaniem najwymowniéj przemawia bliższe zastanowienie się nad owemi 14 przypadkami Fourniera śmiertelnie zakończonemi. I tak: dwóch z nich całkiem nie leczono antysyfilitycznie nigdy, ponieważ nie rozpoznano u nich kiły, w dwóch innych wzięto się do właściwego leczenia tak późno, iż żadnego po niém skutku nie było można oczekiwać, w sześciu dalszych przystąpiono późno do leczenia już po wybuchu przypadów pierwotnych ze strony mózgu. W dwóch ostatnich jedynie prowadzono leczenie wprawdzie w czasie właściwym lecz w jednym dosyć krótko a drugi dotyczył człowieka w wieku podeszłym, osłabionego w wysokim stopniu poprzedniemi objawami kiły. I to nakoniec zasługuje na uwagę, że z wyjątkiem jednego we wszystkich przypadkach właściwemi środkami leczonych a śmiertelnie zakończonych nie leczono energicznie tj. dawkami dostatecznemi.

31. Omówiwszy w ten sposób w ogólności statystykę zakończenia kiły mózgowéj wypada teraz zastanowić się jeszcze nad niektóremi innemi szczegółami. I tak co do wpływu formy, w jakiéj według przyjętego poprzednio po-

działu występuje kiła mózgowa, zasługują na uwagę następujące okoliczności:

1) Formy z podnieceniem czynności układu nerwowedo (padaczką, bólem, szaleństwem) są pomyślniejsze, niż formy z obniżeniem (porażeniami, anestezyjami, niedołęztwem umysłowém).

2) Ból głowy nie ma żadnego znaczenia prognostycznego, sam przez się nie grozi niczém, lecz jest zwiastunem dalszych zmian i znakiem obecności zmian kiłowych w mózgu.

3) Padaczka pozwala na dobre rokowanie.

4) Forma nawałowa, jako dosyć wczesna, nie jest bardzo niebezpieczną, lecz sama dowodzi istnienia już głębszych zmian w substancyi mózgowéj, na które nieraz wpływ terapeutyczny jest wątpliwy.

5) Forma porażna jest bardzo niepewną i ciężką. Ciężką, bo porażenia same przez się są ciężkiém zboczeniem upośledzającém ważne czynności organizmu mianowicie ze strony mózgu, dowodem nieraz zmiany anatomicznéj nieswoistéj, niedostępnéj dla terapii; niepewną, bo pojawia się przeważnie w późnym okresie, gdzie niebezpieczeństwo jest wielkie, bo nierzadko nie tylko nie ustępuje, ale nawet prowadzi do dalszych a niebezpiecznych zmian.

6) Forma psychiczna jest zawsze niekorzystną: raz, ponieważ upośledza ważną czynność organizmu ludzkiego, powtóre, ponieważ bardzo często jest nieuleczną, po 3cie, ponieważ w formie niedołęztwa z porażeniem jest wprost dla ustroju niebezpieczną.

Nakoniec nadmienić wypada, że kiła mózgowa w wielu bardzo przypadkach mimo leczenia i zniknienia na pozór wszelkich objawów odnawia się bądź w téj saméj, bądź w innéj formie a i o tém pamiętać należy, że nierzadko podczas energicznego nawet leczenia swoistego przychodzi bądź do pogorszenia się obecnych bądź do okazania się nowych zupełnie przypadów. Na czém jedno i drugie polega, w téj chwili orzec nie można. Tyle pewna, że pogorszenia się lub recydywy wystąpić mogą nieraz nawet po bardzo długim czasie, w którym chory miał się bezwzględnie lub

względnie przynajmniéj wcale dobrze. Czas ten trwać może miesiące, lata nawet, tak że pod tym względem nigdy kile ufać nie można.

Pogorszenia się i recydywy z wielorakich względów wielką mają wagę: okazują naprzód, iż w przypadkach odpowiednich nie ma co mówić o wyleczeniu, dowodzą daléj, iż choroba jest uporczywą, nakoniec mącą bardzo rokowanie, bo tam, gdzie wśród leczenia odpowiedniego pogarszają się przypady obecne lub ukazują nowe lub gdzie po wyleczeniu i zgubieniu wszelkich przypadów na pozór przynajmniéj przychodzi do recydywy, do ponownego ich wystąpienia, tam środki swoiste nie okażą z wielkiém podobieństwem do prawdy swéj skuteczności, tam trzeba bardzo obawiać się zakończenia niepomyślnego. Wyjątki od tego zresztą nie są rzadkie: nieraz i tam, gdzie jeden i tenże sam przypad kilka razy nawet się ukazywał, przyszło do wyleczenia i zakończenia się choroby, o ile o niém mówić można, pomyślnego.

VI.

32. Skończywszy rzecz z mózgiem wypada nam z kolei pomówić o kile rdzenia pacierzowego.

Jak już z tego, cośmy pod względem anatomii patologicznéj poprzednio powiedzieli, wypada, wiadomości nasze o kile rdzenia pacierzowego są dotychczas bardzo szczupłe a to z następujących powodów:

1) Kiła rdzenia pacierzowego jest o wiele rzedszą od kiły mózgu.

2) Z wiadomych powodów kiła rdzenia pacierzowego nie przedstawia w swych przypadach téj rozmaitości charakterystycznéj i ważnéj do rozpoznania, jaką odznacza się kiła mózgu.

3) Cierpienia kiłowe rdzenia pacierzowego trudno, prawie niepodobna za życia rozpoznać od cierpień rdzenia pacierzowego u kiłowych.

4) Skutek terapii przeciwkiłowéj, który tak ciężko zaważyć może na szali w rozpoznawaniu przyczyny przypadów mózgowych, nie wiele a nawet według naszego doświadczenia nic prawie nie znaczy dla cierpień kiłowych rdzenia pacierzowego a to dla tego, ponieważ niektóre choroby rdzenia pacierzowego, mianowicie ostre, natury niewątpliwie niekiłowéj, we wielu przypadkach ustępują rychło rtęci i jodowi, a zatém najskuteczniejszym środkom przeciwkiłowym.

33. W obec takiego stanu wypada nam na podstawie szczupłych bardzo dat anatomiczno-patologicznych i równie skąpych wiadomości klinicznych podać pokrótce, w jaki sposób kiła rdzenia pacierzowego objawiać się może, nie rozstrzygając, czy to są rzeczywiście objawy kiły, czy téż tylko objawy u kiłowych, co jak łatwo pojąć, nader wielką stanowi różnicę.

Ponieważ sądząc z analogii kiła rdzenia pacierzowego tak samo nie będzie się trzymać tego organu ani podług systematu anatomicznego ani fizyjologicznego, jak nie trzymała się go w mózgu nagabując substancyję mózgową białą i szarą, tętnice i opony, przeto nie z zupełną pewnością, ale przynajmniéj z podobieństwem do prawdy spodziewać się można, że kiła rdzenia pacierzowego nie będzie się nigdy objawiać w postaci przypadów odpowiadających zajęciu pewnych części fizyjologicznych tego organu a zatém nie wystąpi w postaci czystéj ani szarego zwyrodnienia sznurów tylnych ani zaniku mięśniów postępowego ani porażenia dzieci istotnego.

Ponieważ z powodu właściwych wymiarów rdzenia pacierzowego zmiana kiłowa, jeżeli nie zaraz z początku, to przynajmniéj w dalszym przebiegu, pośrednio lub bezpośrednio nagabnąć może całe przecięcie poprzeczne rdzenia, łatwo pojąć, iż na obwodzie wystąpią objawy podobne do zapalenia poprzecznego rdzenia pacierzowego a zatém poniżéj miejsca taką zmianą zajętego upośledzonemi będą mniéj więcéj ruch i czucie, oddawanie moczu i stolca, czynności płciowe u mężczyzn. Odruchy i zboczenia w odżywianiu,

przynajmniéj z początku, będą rozmaite według tego, czy zmiana chorobowa tkwi w tém miejscu, w którém nerwy czuciowe schodzą się z ruchowemi lub znajdują się części mające związek z odżywianiem; mogą być więc z początku odruchy prawidłowe lub nawet podwyższone, późniéj może ich nie być całkiem; z biegiem czasu oczywiście, jeżeli zmiana chorobowa trwa daléj lub wcale nawet się powiększa, odruchy giną. Podobne stósunki tyczą się odżywiania skóry tak, że zgorzel skutkiem odleżenia w przypadkach niepomyślnych może się wcześniéj lub późniéj pojawić. Zupełnie tak samo będzie się mieć rzecz z odżywianiem mięśniów, z tą atoli różnicą, iż gdy zboczenia pod tym względem pojawiają się dopiero po dłuższym czasie, przy zajęciu poprzeczném rdzenia prędzéj przyjść może do zakończenia się niepomyślnego lub w razie przeciwnym do wyzdrowienia lub polepszenia, nim okażą się wyraźne zboczenia w odżywianiu mięśniów.

Z tego wypada, że kiła rdzenia pacierzowego wystąpić może w postaci podobnéj do zapalenia i to albo ostro albo przyostro albo przewlekle. Zdaje się nawet niektórym autorom, iż tak zwane porażenie dośrodkowe ostre, *paralysis ascendens acuta*, jako najostrzejsze prawie cierpienie rdzenia pacierzowego jeżeli nie zawsze, to przynajmniéj najczęściéj jest przypadem kiły tego organu, z czémbym się nie mógł zgodzić na podstawie własnego doświadczenia, bo obserwowałem tę chorobę u osób, które nigdy kiły nie miały ani bezwarunkowo żadnych jéj śladów nie okazywały. To pewna wszakże, iż kiła rdzenia pacierzowego może niekiedy występować bardzo szybko w postaci jakoby zapalenia postępującego od dołu ku górze.

34. Uwzględniając te wszystkie okoliczności przychodzimy ostatecznie do wniosku, że kiła rdzenia pacierzowego nie ma w sobie nic charakterystycznego i że nawet sama kombinacyja jéj przypadów tak ważna dla kiły mózgu nie przedstawia nic odrębnego.

Zdaniem naszém atoli dwie okoliczności nie zawsze, ale niekiedy nadają właściwe piętno kile organu przerzeczo-

nego: skłonność do powrotów i łączenie się z objawami mózgowemi.

Zapalenie tak ostre jak i przyostre rdzenia pacierzowego raz wyleczone nie powraca a przynajmniéj nie powraca bez widocznéj przyczyny; inaczéj rzecz się ma z kiłą: tak samo jak w mózgu, ma w rdzeniu pacierzowym kiła skłonność do powrotów i to nieraz po bardzo krótkim czasie od zniknienia jéj przypadów.

Z objawami mózgowemi łączy się kiła rdzenia pacierzowego w ten sposób, iż albo podczas jéj przebiegu albo przed jéj wystąpieniem lub przeciwnie po zniknięciu ukazują się przypady, które według tego, cośmy dawniéj już powiedzieli, odnieść trzeba do kiły mózgu. Tak np. obserwowałem porażenie odnóg dolnych z innemi objawami zapalenia rdzenia pacierzowego w dolnéj części, które ustąpiły rtęci i jodowi, gdy po kilku tygodniach rekonwalescencyi wystąpiło porażenie niektórych gałęzi nerwu okoruchowego, twarzowego a późniéj przelotne porażenie połowicze bez utraty przytomności. W drugim przypadku pojawiło się równocześnie opadnienie powieki górnéj, porażenie niezupełne po téj saméj stronie mięśnia odwodzącego, porażenie odnóg dolnych z utratą potencyi itd. i osłabienie pojętności i pamięci.

Wprawdzie oddawna wiadomo, że w chorobach rdzenia pacierzowego natury wcale nie kiłowéj wystąpić mogą zboczenia w zakresie nerwów mózgowych mianowicie ruchowych gałki ocznéj i nerwie wzrokowym, ale po pierwsze dzieje się to najczęściéj w wiądzie pacierzowym a zatém chorobie zkądinąd łatwéj do rozpoznania albo w chorobach zapalnych wtedy, gdy zmiana chorobowa postępując daléj zajmuje odpowiednią część, tj. najwyższą rdzenia pacierzowego i rdzeń przedłużony. Kombinacyja zaś porażeń mianowicie mięśniów ocznych ze zboczeniami czynnościowemi, które trzeba na zasadach patologii i fizyjologii odnieść do dolnéj części rdzenia, a nieraz i ze zboczeniami psychicznemi nie da się dotychczas wytłumaczyć jedną nieprzerwaną zmianą anatomiczną: sama więc przez się przemawia za kiłą. Uwzględniwszy w takich

przypadkach inne okoliczności, jak skuteczność terapii antysyfilitycznéj i inne przypady, łatwo pojąć, iż to są rzadkie właśnie okazy, w których z wielką prawie pewnością rozpoznać można kiłę rdzenia pacierzowego za życia.

VII.

35. Z kiłą nerwów na obwodzie jeszcze prędzéj uporać się możemy. To, co wiemy o kile nerwów mózgowych, omówiliśmy już poprzednio przy kile mózgu; w praktyce bowiem trudno rozstrzygnąć, czy zajęcie jakiegoś nerwu mianowicie na podstawie czaszki pochodzi ze samodzielnego cierpienia jego, czy téż jest skutkiem i objawem zmiany kiłowéj w mózgu. Co do innych nerwów, to przypuszczenie w nich zmiany kiłowéj opierano albo na tém, że ich cierpienia pojawiały się u kiłowych albo że środki przeciwkiłowe okazały się skutecznemi. Jedna i druga okoliczność zdaniem naszém nie wystarcza do uznania cierpienia za kiłowe, jakkolwiek to może być w wielu razach bardzo podobném do prawdy. Zdaje się tylko, iż nerw wzrokowy może samodzielnie bez zmiany w mózgu ulegać kile a objawem tego cierpienia będzie upośledzenie lub wcale nawet zniesienie wzroku, zazwyczaj tylko na jedném oku.

VIII.

36. Opisawszy w ten sposób objawy kliniczne kiły układu nerwowego zastanówmy się nieco nad rozpoznaniem w ogólności téj choroby za życia, gdyż co do rozpoznawania szczegółowych jéj objawów i przypadów przytoczyliśmy dostateczne, jak mniemam, wskazówki.

Pierwszą i najważniejszą rzeczą jest wykazanie obecnéj lub przebytéj kiły w organizmie. Co do obecnéj, znajdziemy nierzadko zmiany prawie zawsze późne w skórze, kościach, jądrach, niekiedy obrzmienie gruczołów limfatycznych. Po przebytéj kile znajdziemy nieraz bardzo podejrzane blizny na częściach płciowych i w jamie ustnéj, utratę podniebienia miękkiego, braki w przegrodzie nosowéj, ślady przebytego zapalenia tęczówki.

Do dowodów przebytéj kiły a raczéj infekcyi organizmu właściwym przyrzutem należy w niektórych przypadkach wiarogodne podanie chorego i historyja dawniejsza chorego skreślona przez lekarza.

Jakkolwiek stwierdzenie istniejącéj lub przebytéj kiły jest oczywiście najważniejszym czynnikiem w rozpoznaniu kiłowej natury danych zboczeń w układzie nerwowym, to jednakowoż traci ono bardzo na ważności z następujących przyczyn: naprzód zboczenia kiłowe w układzie nerwowym liczą się do form bardzo późnych choroby, przed któremi pojawiły się i znikły nieraz bez śladu, mianowicie w przypadkach leczonych wszystkie inne zmiany kiłowe nawet późne w różnych organach jak kościach, skórze, błonach śluzowych itd., powtóre jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że kiła układu nerwowego występuje, jakeśmy to już dawniéj powiedzieli, przeważnie w przypadkach, w których objawy wcześniejsze były lekkie i krótkie, gdzie zatém, pomijając istniejące, ślady nawet przebytéj już kiły są bardzo nieznaczne, wątpliwe a nieraz całkiem ich nie ma, po trzecie, że na anamnezę i historyją poprzednią chorego w wyjątkowych tylko przypadkach można coś rachować, po czwarte nakoniec, że wykazanie nawet kiły istniejącéj lub niewątpliwie przebytéj samo przez się nie dowodzi kiłowéj natury zboczeń nerwowych, bo kto kiłę ma lub ją miał, nie jest oczywiście zabezpieczonym od chorób innych układu nerwowego. I syfilityk może dostać krwotoku do mózgu a następnie skutkiem tego porażenia połowiczego, które w żadnym związku z kiłą zostawać nie potrzebuje.

Drugą ważną okolicznością w wielu, nawet w przeważającéj liczbie przypadków jest kombinacyja przypadów dla innych chorób układu nerwowego niezwykła a przynajmniéj bardzo rzadka. Ponieważ na ten punkt przy omawianiu niektórych form kiły układu nerwowego zwróciliśmy już uwagę, przeto pozostaje nam tylko kilka ogólnych dodać myśli. Zmiany kiłowe po największéj części występują ogniskowo tj. w postaci gniazd rozsianych, które atoli prawie zawsze w mózgu z pewnością a w rdzeniu pacierzowym prawdopo-

dobnie trzymają się powierzchni tych ośrodków i ztąd to pochodzi, że najrozmaitszym zboczeniom czynnościowym kiłowym towarzyszą tak często z jednéj strony porażenia mięśniów ocznych i zboczenia psychiczne, z drugiéj inne nieraz przypady dla tychże samych zboczeń czynnościowych nie z kiły pochodzących nader rzadkie a przynajmniéj zbyteczne. Przykłady wzięte z życia lepiéj może objaśnią: młody człowiek mający lat 26 doświadcza, jak się wyraża, przez jakiś, czas „mątu“ w głowie tak, iż uważają go za „waryjata“, późniéj wprawdzie przychodzi do posiadania władz umysłowych, lecz natomiast doznaje upośledzenia w mowie (afazyi niezupełnéj) a nakoniec porażenia niezupełnego połowiczego po stronie lewéj. Czegoż to dowodzi? Oto, że zmiana anatomiczna będąca powodem tych zboczeń czynnościowych nie stanowi jednego ogniska, lecz nagabuje osobno części do życia psychicznego służące, ośrodek ruchowy mowy położony, jak nam wiadomo, w stronie lewéj mózgu i części przewodniczące ruchom odnóg lewych a zatém położonych w prawéj półkuli. W innym przypadku człowiek młody, koło 32 lat mający, dostaje porażenia odnóg dolnych obok upośledzenia oddawania moczu. Lekarz przybyły rozpoznaje zmianę zapalną w rdzeniu pacierzowym, ordynuje przeciw tym groźnym przypadom rtęć zewnętrznie, jod wewnętrznie, chory przychodzi do zdrowia, gdy po kilku miesiącach zaczyna widzieć podwójnie i spostrzega skrzywienie twarzy. Badanie przekonywa o porażeniu jednego nerwu odwodzącego (lewego) i jednego nerwu twarzowego, po téjże saméj stronie. Równocześnie postrzegają otaczający chorego pewne obniżenie władz umysłowych. Rozpoczyna się leczenie znów jodem i rtęcią, podczas którego chory doznaje po kilka razy napadów afazyi a raz nawet porażenia niezupełnego i przelotnego odnogi dolnéj prawéj. Czyż w obec takich przypadów można myśleć o jednéj zmianie ogniskowéj choćby nawet rozległéj w układzie nerwowym? W trzecim przypadku chory dostaje powoli porażenia odnóg dolnych a po kilku dniach wyrobionego już porażenia opada mu powieka lewa i nie może zwrócić gałki ocznéj lewéj na we-

wnątrz; mamy zatém kombinacyją przypadów rdzeniopacierzowych z mózgowemi itd. W czwartym przypadku po bólach gwałtownych w głowie i w zakresie nerwu troistego pojawia się anestezyja wszystkich prawie gałęzi tego nerwu, osobliwie pierwszéj i drugiéj i wkrótce zapalenie oka porażne. Wśród odpowiedniego leczenia wewnętrznego i zewnętrznego chora odzyskuje wzrok, lubo nie zupełnie, anestezyja nieznaczna zostaje, chora cieszy się zresztą zupełném zdrowiem, gdy po latach siedmiu bez utraty przytomności dostaje porażenia połowiczego po téjże saméj stronie.

Przykłady te z własnych postrzeżeń zaczerpane wystarczą do wykazania, że nie same przypady czynnościowe, lecz raczéj ich kombinacyje dla innych chorób układu nerwowego niezwykłe mają dla kiły coś odrębnego i właściwego i po téj to właśnie odrębności można w wielu razach kiłę rozpoznać skutecznie dla nauki i praktyki. Rozumie się zresztą samo przez się, iż ten ważny czynnik dyjagnostyczny odpada tam, gdzie przypadów czynnościowych kiły jest mało lub gdzie one kombinują się tak, iż nie pozostawiają żadnéj różnicy od zboczeń czynnościowych z innéj przyczyny. Tak np. dzieje się, jeżeli kiła wystąpi w postaci porażenia połowiczego po stronie prawéj z utratą mowy i przytomności u ludzi w późniejszym wieku, bo wtedy trudno ją odróżnić od krwotoku do mózgu, lub jeżeli wystąpi w postaci porażenia odnóg dolnych choćby z upośledzeniem czynności pęcherza moczowego, bo wtedy prawie nie podobna odróżnić kiłę od prostéj zmiany zapalnéj.

Trzecią nader ważną również okolicznością jest przebieg objawów, przy którym zasługują na uwagę występowanie przedtém niezwykłych przypadów, poprawianie się i pogarszanie bez widocznych przyczyn, recydywy, znikanie jednych a pojawianie się drugich. Tak mianowicie rzeczą jest wcale dla zwyczajnego porażenia połowiczego skutkiem krwotoku lub zatoru niezwykłą, by je poprzedzał bardzo uporczywy ból głowy przez tygodnie lub miesiące, by ten ból był bardzo mocny i pogarszał się w nocy, występował i znikał bez widocznéj przyczyny. Tak samo dla padaczki

prostéj jest rzeczą niezwykłą, by się łączyła z porażeniem połowiczém w ten sposób, iż chory tracił naprzód przytomność, wśród tego dostawał napadu epileptycznego, który następnie przemieniał się w napad, że tak powiem, hemiplektyczny z afazyją i amnezyją, mijający w przeciągu kilkunastu lub kilkudziesięciu minut bez zostawienia śladu porażenia. Do tego pogarszania się i polepszania odnieść trzeba wiele przypadków czynnościowych w postaci napadów nieregularnych, rozdzielonych od siebie przestankami względnego lub zupełnego, oczywiście tylko na pozór, zdrowia. W ten sposób obserwować można napady epileptyczne, ale także porażenia połowicze, poprzeczne, nawet niedowłady mięśniów ocznych, afazyją. Z wyjątkiem epilepsyi, która pojawia się i bez kiły w napadach, inne zboczenia czynnościowe co właśnie wymienione prawie nigdy nie występują w napadach, jeżeli polegają na inszéj niż kiła przyczynie. Tymczasem nierzadko można w kile mózgowéj postrzegać po kilka i po kilkanaście a czasem nawet i po kilkadziesiąt napadów afazyi lub hemiplegii. Recydywy są jednym z przymiotów kiły oddawna znanym na skórze i błonach śluzowych. Coś podobnego istnieje nie zawsze wprawdzie, ale bardzo często w kile układu nerwowego i może w danym razie nabrać obok innych objawów znaczenia dyjagnostycznego. Tak np. obserwowałem sam dwukrotny powrót porażenia odnóg dolnych, kilkokrotny powrót porażenia połowiczego lub porażenia mięśniów ocznych, co dla kiły nader wielkiego nabiera znaczenia.

37. Te trzy okoliczności jak wykazanie kiły obecnéj, niezwykła kombinacyja przypadków czynnościowych i pogarszanie się lub poprawianie ich obok recydyw i pojawianie się nowych zboczeń w miejsce dawniejszych najczęściéj wystarczają do rozpoznania kiły układu nerwowego. Oczywiście, że rozpoznanie jest tém trudniejsze, im przypad jakiś jest więcéj izolowanym. Tak np. kiła może objawić się wyłącznie porażeniem połowiczém, a jeżeli to wystąpiło nawet z utratą przytomności, rozpoznanie może nawet być niepodobném. Naodwrót porażenia mięśniów ocznych mia-

nowicie mięśnia podnoszącego powiekę górną i prostego zewnętrznego prawie zawsze nasuwają podejrzenie a nawet w danym razie same przez się uprawniają do rozpoznania kiły.

Pomijając szczegółowe przypady, o których rozróżnieniu od kiłowych mówiliśmy na swém miejscu, oczywistą jest rzeczą, że kiłę układu nerwowego możnaby pomięszać tylko z nerwicami rozległemi, w których zmiana anatomiczna już wykryta lub domyślna zajmuje różne miejsca układu nerwowego. Takiemi nerwicami są: histeryja i stwardnienie wysepkowe mózgu i rdzenia pacierzowego.

Histeryja, jak wiadomo, może objawiać się wszelkiemi zboczeniami czynnościowemi w układzie nerwowym i pod tym względem rzeczywiście jest podobną do kiły. Rozróżnienie atoli mimo tego zazwyczaj nie okazuje wielkich trudności a to z następujących powodów: 1) u wielkiéj liczby histeryczek istnieje pewien, że tak powiem, *habitus hystericus*, który wprawnemu lekarzowi natychmiast podpada pod oko a tego *habitus* nie ma oczywiście w kile, 2) przypady najczęstsze w kile układu nerwowego mianowicie mózgu są w histeryi rzadkie i odwrotnie: np. porażenia mięśniów ocznych, porażenia połowicze, afazyja są w histeryi rzadkiemi i to nawet, przynajmniéj u nas, bardzo rzadkiemi, gdy na odwrót bói stosu kręgowego, nadczułość jajnika osobliwie lewego, porażenia więzadeł głosowych, porażenia poprzeczne bez zboczeń w odżywianiu nawet po bardzo długiém trwaniu, uporczywe wymioty, zachcenia ciekawe do rzeczy niezwykłych a nieraz i obrzydliwych prawie nigdy albo przynajmniéj bardzo rzadko trafiają się w kile, 3) przebieg innym jest w kile, innym w histeryi. Kiła rozpoczyna się często bólem głowy z wiadomemi przypadami i całym szeregiem zboczeń, które powoli ostatecznie potęgują się i doprowadzają do stanu, w którym o rozróżnieniu od histeryi nawet mówić nie potrzeba, gdy przeciwnie histeryja rozpoczyna się zazwyczaj nieznacznie zboczeniami dowodzącemi zwiększonéj wrażliwości układu nerwowego, osobliwie pod względem psychicznym, poczém dopiero przychodzą inne

cięższe objawy czynnościowe i napady do kiłowych ani swą formą ani przebiegiem zwykle niepodobne. W napadach histerycznych przeważają kurcze, w napadach kiły z wyjątkiem padaczki porażenia. W histeryi mamy nieraz rzeczywistą *Launenhaftigkeit*, jak ją trafnie Niemcy nazwali, która nie trzyma się anatomii wcale, gdy w kile zmieniają się wprawdzie przypady, ale zawsze z zachowaniem prawideł anatomicznych. Przykład może lepiéj to objaśni: młoda histeryczka porażona na obydwie nogi równocześnie wymiotuje wszystkiém, co tylko do żołądka wprowadzi z wyjątkiem wiśni surowych, nie ma atoli żadnych zboczeń w oddawaniu moczu; naodwrót młody człowiek, o którym jużeśmy wspomnieli, dostaje porażenia odnóg dolnych a równocześnie porażenia m. podnoszącego powiekę górną i prostego zewnętrznego. U tamtéj wymioty opisane nie odpowiadają przypadowi rdzeniopacierzowemu, u tego porażenie odnóg dolnych i porażenie mięśniów tłumaczy się zmianą anatomiczną jedną w rdzeniu pacierzowym, drugą w mózgu, zawsze atoli skutkiem téjże saméj przyczyny.

Jeszcze mniéj napotykamy trudności w rozróżnianiu kiły od drugiéj choroby ze zmianami rozsianemi w układzie nerwowym, jaką jest stwardnienie wysepkowe *(sclerosis disseminata)* mózgu i rdzenia pacierzowego. Pomijając, że choroba ta w ogólności jest rzadką, do odróżniania posłużą uporczywy zawrót głowy, mowa skandowana, kurcze drżące w odnogach mianowicie górnych, na jawie i wtedy, gdy ruch jaki jest zamierzony, kurcze tém większe, im chory bardziéj chce dojść do celu, charakterystyczne pismo, *nystagmus*, przypady ze strony rdzenia pacierzowego i przedłużonego.

38. Zapytajmy się teraz, czy po uwzględnieniu wszystkich tych okoliczności rozpoznanie kiły układu nerwowego jest możebne i do jakiego stopnia. Pod tym względem rozróżnić trzeba rozmaite przypadki. Jedne, w których badanie przedmiotowe nie wykazuje w innych organach żadnych zmian, któreby do kiły odnieść trzeba było a w układzie nerwowym przypady odosobnione. Tu rozpoznanie może być nieraz bardzo trudne a omyłka jest łatwa; tu trzeba koniecznie

trzymać się ściśle znamion podanych przy każdym z osobna przypadzie kiły a i wtedy jeszcze należy przygotować się na błąd w rozpoznaniu. Drugie, w których są przypady kiły obecnéj lub przebytéj w innych organach a w układzie nerwowym przypady nieznaczne i również odosobnione. I tu oznaczenie związku między kiłą a zboczeniem w układzie nerwowym może być bardzo trudne, mianowicie jeżeli wiek pacyjenta lub inne okoliczności np. wada serca nie ułatwiają rozpoznania. Nakoniec są przypadki i to zdaniem mojém bardzo częste, w których wprawdzie nie znajdujemy ani w jądrach ani w kościach ani skórze żadnych śladów obecnéj lub przebytéj kiły, w których atoli cała kombinacyja przypadów ze strony układu nerwowego odpowiada obrazowi, jaki w niniejszéj pracy skreśliliśmy. Tu rozpoznajemy oczywiście kiłę a jakkolwiek sceptyk przesadny i tu nam może wiele zrobić zarzutów, to jednakowoż winniśmy się trzymać naszego rozpoznania, jako jedynego, które nam daje rękojmię lub przynajmniéj nadzieję uratowania chorego, bo jakeśmy to już nieraz powiedzieli, ze wszystkich zboczeń czynnościowych ze strony ośrodków zboczenia polegające na kile na najlepsze pozwalają rokowanie. Nie trzeba więc przesadnemi wymaganiami co do pewności rozpoznania odejmować sobie jedyną wskazówkę do energicznego leczenia a tém samém ratowania chorego.

IX.

39. Leczenie wypływa jasno z jednéj strony z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, z drugiéj z ogólnych zasad terapii; będzie więc dwojakie: przyczynowe i przypadowe.

Leczenie przyczynowe polega tak na zapobieganiu wybuchowi kiły układu nerwowego, jak i leczeniu już wybuchłéj.

Powiedzieliśmy już dawniéj, iż nie znamy właściwego powodu, dla którego kiła u jednych chorych nagabuje, u drugich omija układ nerwowy, ale logicznie rzecz biorąc wolno nam sądzić, że im troskliwszém będzie leczenie kiły w pierwszych jéj czasach, właśnie nawet w przypadkach lekkich,

tém mniéj układ nerwowy będzie mieć późniéj skłonności do zmian syfilitycznych. Na pilném więc i systematyczném leczeniu kiły we wczesnych jéj okresach polega zdaniem naszém wyłącznie możność zapobiegania do pewnego stopnia kile układu nerwowego.

Leczenie wybuchłéj już kiły układu nerwowego polega oczywiście na użyciu zwykłych środków antysyfilitycznych z zastósowaniem szczególniejszego względu na chory układ; względem tym jest groźność choroby. Wolno nam więc użyć tylko środków pewnie działających i to użyć ich w sposób jak najenergiczniejszy i w formie jak najodpowiedniejszéj. Środkami takiemi są rtęć i jod.

Co do rtęci, to z uwagi na to, że wypada nam działać z jednéj strony energicznie, z drugiéj ile możności organizm chorego oszczędzać, uważamy za najstósowniejsze używanie szaruchy systematyczne i to w ilości w miarę niebezpieczeństwa od 4 do 8 gramów dziennie u dorosłych, z zachowaniem wprawdzie wszelkich ostrożności przy tém wskazanych, ale bez oglądania się za nadto trwożliwie na skutki zatrucia rtęcią. Tam, gdzie niebezpieczeństwo jest groźne i wielkie, nie można się pieścić bardzo lekkiém zapaleniem jamy ustnéj.

Z innych leków rtęciowych wspomniećby wypadło jedynie sublimat podawany przez żołądek w ilości niezbyt małéj aż do 5 ctmgr. dziennie.

Co do jodu, najwięcéj zasługują na użycie jodki alkaliów a mianowicie dawny i skuteczny jodek potasu w ilości od 4 do 10 grm. dziennie.

Ważne teraz przychodzi rozstrzygnąć pytanie, czy w kile układu nerwowego rtęć czy jod zasługuje na pierwszeństwo, lub téż obydwóch tych środków porówno używać należy i wśród jakich warunków?

Na to na podstawie nowszych doświadczeń własnych i cudzych możemy obecnie odpowiedzieć w sposób następujący:

Lubo zmiany kiłowe w układzie nerwowym liczą się przeważnie do późnych nie tylko ze względu na czas, ale

także i na swą budowę anatomiczną i lubo przeciw zmianom takim ma przedewszystkiém jod być skutecznym, to jednakowoż na podstawie licznych i niewątpliwych doświadczeń nie ma najmniejszéj wątpliwości, że rtęć osobliwie w postaci szaruchy działa w kile układu nerwowego znakomicie i nie jeden już przypadek wyłącznie doprowadziła do pomyślnego końca, co więcéj, można nawet z wielkiém zbliżeniem się do prawdy otwarcie wypowiedzieć, że we wszystkich przypadkach szczególniéj gwałtownych, groźnie i szybko przebiegających, prawie nie ma środka, któryby tak energicznie i prędko rozwijał swą skuteczność, jak rtęć w należyty sposób i w odpowiedniéj ilości stósowana. Gdzie rtęć nie skutkuje nic albo tylko bardzo mało, nie wiele można sobie obiecywać po jodzie a mianowicie po jodku potasu, leku zresztą w kile nader cennym i niewątpliwie skutecznym.

Inném jest pytanie, czy mimo niewątpliwéj i znacznéj skuteczności rtęci nie należy używać i jodu w kile układu nerwowego? Na pytanie to odpowiada twierdząco doświadczenie tak, że obecnie wielu lekarzy używa jodu obok rtęci i to albo równocześnie albo na przemian. Na tém to polega także i korzyść z użycia szaréj maści, że można obok niéj używać wewnętrznie przez żołądek jodku potasu i w ten sposób popierać dzielnie i skutecznie działanie rtęci jodkiem potasu.

Jeżeli się daje rtęć równocześnie z jodem, prowadzi się leczenie aż do wyraźnego wystąpienia objawów zatrucia mianowicie w jamie ustnéj, poczém albo przerywa się całkiem leczenie i jodem i rtęcią albo, jeżeli okoliczności na to pozwalają, daje się sam jod aż do wystąpienia objawów intoksykacyi na skórze i błonach śluzowych. Gdy te wystąpią, nastać winna zupełna pauza a następnie po minięciu objawów wspomnionych przejść można znów do rtęci i jodu.

Nader energiczną i praktyczną wydaje nam się metoda przez Fourniera podana, która na tém polega, że przez kilka tygodni używa się energicznie szaruchy zewnętrznie, jodku potasu wewnętrznie, następnie pauzuje się przez

kilka dni i przechodzi do używania teraz jodu i rtęci naprzemian w ten sposób, że przez 20 dni chory wciera sobie maść, poczém przez drugie 20 dni używa jodu wewnętrznie, następnie znów przez 20 dni rtęci itd., dopóki się nie zażegna groźnego niebezpieczeństwa. Korzyści z téj metody mają być następujące: chorzy lepiéj znoszą przerzeczone środki naprzemian po sobie, niż równocześnie obok siebie, organizm nie ma czasu przyzwyczaić się ani do jednego ani do drugiego leku, przez co działanie ich jest energiczniejsze, objawy zatrucia nie mogą tak łatwo występować i przerywać leczenia, zdaniem naszém prawdopodobnie dlatego, iż jod jest wiadomym środkiem przeciw zatruciu chronicznemu rtęcią.

Pod względem czasu używania środków przerzeczonych przeciw kile układu nerwowego następujące okoliczności zasługują na uwagę:

1) Leczenie powinno zaczynać się jak najwcześniéj, skoro tylko ukażą się pierwsze zwiastuny ze strony układu nerwowego, bo za pewnik przyjąć można, iż terapia będzie tém skuteczniejszą, im wcześniéj weźmiemy się do zwalczania nieznacznych nawet zboczeń czynnościowych.

Jakkolwiek kiła układu nerwowego może rozpocząć się każdém prawie zboczeniem czynnościowém ze strony układu nerwowego, to wiemy wszakże, iż dzieje się to tylko wyjątkowo i że zazwyczaj pewne przypady pojawiają się wcześniéj, inne późniéj; owóż na te to wczesne przypady szczególniejszą należy zwracać zawsze uwagę i nie oglądając się na nic występować natychmiast przeciw nim jak najenergiczniéj.

2) Leczenie powinno prowadzić się energicznie przez cały czas trwania przypadów ze strony układu nerwowego odstępując od tego prawidła tylko wtedy, gdy chorzy leków dłużéj w żaden sposób znosić nie mogą i gdy zatrzymanie się choroby na pewnym stopniu przez czas dłuższy dowodzi, że zmiana chorobowa nie jest dostępną dalszéj terapii antysyfilitycznéj. Tyczy się to osobliwie przypadów dowodzących obniżenia czynności układu nerwowego, jak np. porażeń, afazyi, upośledzenia władz umysłowych, które nieraz

stanowczo opierają się wszelkiemu łeczeniu i pozostają niezmiennie na całe dalsze życie. W takich razach byłoby oczywiście wielkim błędem męczyć chorych dłużéj leczeniem przeciwkiłowém bez żadnego pożytku a nieraz może nawet z widoczną szkodą.

3) Leczyć należy chorego nie tylko wśród, ale nawet i po zupełném zniknieniu wszystkich przypadów ze strony układu nerwowego i to przez czas dłuższy, powtarzając opisaną kuracyją antysyfilityczną co kilka miesięcy i postępując w ten sposób przez lata, jeżeli chcemy być pewni stanowczego skutku. Ten aksyomat terapeutyczny opiera Fournier na zdradliwości choroby, tj. jéj skłonności uporczywéj do recydyw lub nowych a odmiennych wybuchów w tych nawet przypadkach, w których pod wpływem odpowiedniéj terapii wygasły wszelkie przypady na pozór i chorzy przez długie czasy, nieraz nawet całe lata, zupełném cieszyli się zdrowiem. Z własnego doświadczenia popieram całkowicie zdanie Fourniera i sądzę, że poprze je każdy, kto ma sposobność obserwować przez czas dłuższy chorych na kilę układu nerwowego.

40. Leczenie przypadowe ma na celu wspierać główną terapią antysyfilityczną dla szybszego usunienia niektórych zboczeń, opiera się na ogólnych zasadach terapii chorób nerwowych i, lubo w wielu przypadkach znakomite oddaje usługi, jest zawsze przecież na drugim planie.

Do głównych środków pomocniczych, że się tak wyrazimy, w kile układu nerwowego należą: morfin i inne środki narkotyczne i usypiające, bromek potasu, elektryczność, woda zimna, kąpiele ciepłe mianowicie siarczane, odciągadła na skórę osobliwie wezykatoryje.

Morfin w postaci szczególniéj wstrzykiwań podskórnych oddaje znakomite usługi tam, gdzie chodzi o poskromienie gwałtownych bólów, zanim środki antysyfilityczne działać zaczną lub o uspokojenie zanadto rozdrażnionego chorego, jak się to dzieje osobliwie w niektórych zboczeniach psychicznych. Rozumie się samo przez się, iż morfinu tylko wtedy używać należy, gdy tego koniecznie potrzeba.

Chloral nadaje się przedewszystkiém tam, gdzie chodzi o sprowadzenie snu; w połączeniu z morfinem uspakaja nieraz znakomicie układ nerwowy.

Bromek potasu zasługuje na użycie tylko wtedy, gdy chodzi o obniżenie podwyższonéj czynności układu nerwowego osobliwie w sferze psychicznéj i motorycznéj. Trzeba tylko zapisywać ten środek w dawce znaczniejszéj. Bardzo dobrze połączyć go można z jodkiem potasu.

Elektryczność osobliwie w postaci prądu galwanicznego według prawideł umiejętnych użyta, nieraz prawdę mówiąc całkiem nieskuteczna, nie rzadko znakomite oddaje usługi szczególnie przeciw porażeniom, w czém na podstawie własnego doświadczenia nie możemy się zgodzić na zdanie Fourniera. Najskuteczniejszą okazała nam się elektryczność przeciw porażeniom nerwu twarzowego i nerwów mięśniów ocznych i znamy nie jeden przypadek, w którym najstaranniejsza terapia antysyfilityczna nie mogła chorych uwolnić od nieznośnego i przykrego widzenia podwójnego, gdy prąd galwaniczny kilkanaście tylko razy użyty prawidłowy wzrok przywrócił. Najpodobniéj do prawdy w takich przypadkach prąd galwaniczny działał korzystnie na zmiany następowe niesyfilityczne, przeciw którym środki antysyfilityczne nie wiele zdziałać mogą. Przeciwnie na zadawnione porażenia połowicze i elektryczność zazwyczaj okazuje się mało skuteczną.

Wodę zimną zachwala Fournier w formie epileptycznéj kiły. Osobiście nie widzieliśmy pomyślnych skutków z hydroterapii a Bäumler ogranicza hydroterapią do tych przypadków, w których skutkiem długiéj kuracyi antysyfilitycznéj i upadku ztąd odżywiania chodzi o rychlejsze przywrócenie sił.

Wody ciepłéj mianowicie w postaci cieplic rodzimych, osobliwie siarczanych, oddawna używano przeciw późniejszym okresom kiły, a zatém i przeciw kile układu nerwowego.

Czy siarce można rzeczywiście i jaką przypisać skuteczność w chorobie, o któréj mowa, rzecz jeszcze wątpliwa, chociaż nie mało lekarzy nader gorąco zaleca kąpiele siar-

czane ciepłe. Co do nas osobiście, to otwarcie wyznać musimy, iż w kile układu nerwowego widzieliśmy po kąpielach ciepłych skutki co najwięcéj tylko przelotne i nie moglibyśmy zalecać posyłania chorych osobliwie uboższych do odległych nieraz od naszego kraju miejsc kąpielowych.

Odciągadła na skórę mogłyby mieć jakieś znaczenie tylko w obec uporczywych bólów głowy.

Dyjeta w czasie leczenia kiły układu nerwowego ma z jednéj strony zapobiegać podupadnieniu odżywiania a zatém osobliwie u ludzi osłabionych ma być przeważnie posilną, toniczną, z drugiéj odpowiadać wymaganiom chorych organów; a zatém przedewszystkiém spokój umysłowy i fizyczny, uwolnienie się od wszelkich trosk i prac swego zawodu i stanowiska, unikanie wszelkich zbytków w jedzeniu i piciu, wstrzymanie się przynajmniéj do pewnego stopnia od spółkowania i w ogóle wszelkich drażnień pod względem erotycznym są niezbędnemi prawie warunkami pomyślnego skutku terapeutycznego.



